

Aus der Nervenlinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. K. Kolle

Beitrag
zur Klinik psychoreaktiver Störungen
in Pubertät und Postpubertät.

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von
IRENE ORNOWSKY
aus Nürnberg

München 1961

Druck:
ERNST-REUTER-GESELLSCHAFT
der Förderer und Freunde der Freien Universität Berlin e.V.
DISSERTATIONS-DRUCKSTELLE
1 Berlin 33, Garystr. 45

Aus der Nervenlinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. K. Kolle

Beitrag
zur Klinik psychoreaktiver Störungen
in Pubertät und Postpubertät.

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von
IRENE ORNOWSKY
aus Nürnberg

München 1961

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. J. E. M e y e r

Correferent: Professor Dr. K. K o l l e

Dekan: Professor Dr. Dr. H. E y e r

Tag der mündlichen Prüfung: 11. 7. 1961



Meinen Eltern gewidmet



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Die Pubertätsjahre sind ein Lebensabschnitt "zwischen den Zeiten". Es ist eine ganz eigene Daseinsform, die psychisch und physisch unter bestimmten Vorzeichen steht und sich von den Kinderjahren und dem Erwachsensein gleichermaßen stark unterscheidet. Und wenngleich die Übergänge von einem zum anderen fließend sind, so kann sie doch nur mit eigenen Maßstäben gemessen und aus ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten heraus verstanden werden.

Doch gerade das weitgehende Fehlen von Gesetzmäßigkeiten, das Schillernde und Fluktuierende ist es, was dieses nach außen hin scheinbar so typische Bild des Pubertierenden schwer erfassbar macht und durch seine oft krassen Gegensätzlichkeiten jede schlagwortartige Eingliederung aus sich selbst heraus ad absurdum führt.

Ist der Begriff des Normalen gerade in der Medizin und Psychologie ein durchaus mit Vorsicht und Einschränkung zu gebrauchender, so gilt das in erhöhtem Maße für den Jugendlichen in der Pubertät.

Schon die zeitliche Abgrenzung dieses Lebensabschnittes stößt auf Schwierigkeiten, die nur unter Verzicht auf Beachtung individueller Varianten durchgeführt werden kann.

Das Wort "Pubertät" von pubescere = behaartwerden weist auf die in dieser Zeit sich vollziehenden physiologischen Reifungsvorgänge des Körpers hin. NEURATH definiert: "Unter Pubertät ist das zeitliche Grenzgebiet zwischen Kindheit und Mannesalter zu verstehen, in welchem die Abstossung fortpflanzungsfähiger Keimzellen bei beiden Geschlechtern mit rasch ansteigendem Körperwachstum und der Ausbildung der sogenannten sekundären Geschlechtsmerkmale zusammenfällt."

Schon im 9. Lebensjahr beginnen die ersten geschlechtsspezifischen Veränderungen beim Mädchen mit dem Breiterwerden des Beckens, dem Runden der Hüften. Mit 10 bis 11 Jahren setzt die Entwicklung der Brüste ein; beim Jungen beginnt das Wachstum von Penis und Hoden, mit 12 Jahren das Wachstum des Kehlkopfes, während er erst mit etwa 14 Jahren in den Stimmbruch kommt. Wenn auch der brüste allgemeine Entwicklungsanstieg der verschiedenen Organe -

z.B. allgemeine Steigerung des Stoffwechsels, deutliche Differenzierung der Akte durch die stärkere Entwicklung der Muskeln beim Jungen - das Gesamtbild dieser Zeit sinnfälliger beherrscht, so ist doch beim Mädchen der Beginn der Reife mit dem Auftreten der Periode scharf gekennzeichnet. So starken zeitlichen Schwankungen die Menarche auch unterliegt, so kann doch in unserem mitteleuropäischen Raum und für die dem Durchschnitt der Bevölkerung entsprechenden Lebensverhältnisse ihr Eintritt im Schnitt mit dem 14. Lebensjahr angesetzt werden (oft zuerst ohne Ovulation), regelmäßig und mit Ovulation wird sie erst mit 16 bis 17 Jahren. Beim Jungen ist es viel schwieriger, den Zeitpunkt der Geschlechtsreife festzulegen, weil die ersten Spermatozoenentleerungen meist unbemerkt bleiben. Wieder im Schnitt treten die ersten Ejakulationen im 15. bis 16. Lebensjahr auf, während die ersten Spermatozoen - entsprechend der Ovulation - mit 16 bis 17 Jahren erscheinen.

Es gibt sehr viele durchaus physiologische Abweichungen in Beginn und Dauer der Pubertät, wobei man folgende Faktoren heranziehen muß:

1. Genetische Eigentümlichkeiten, d. h. Rasse und Familie; z. B. werden dunkelhaarige, südländische Typen früher geschlechtsreif werden.
2. Körperbau: Kurze, stämmige Individuen sind früher geschlechtsreif.
3. Umweltbedingungen: Reichere Ernährung, hygienische Wohnverhältnisse beschleunigen die Pubertät.

Auch die Unterteilung der Pubertät in drei voneinander abgesetzte Stadien soll abschließend zur physiologischen Betrachtung erwähnt werden. BIEDL unterteilt die Pubertät in das Stadium der Pubescenz (Präpubertät), charakterisiert durch rapides Längenwachstum, gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems und auffallende Steigerung des Stoffwechsels, weiter die Adoleszenz mit Prävalenz der Keimdrüsenentwicklung und die Maturität mit fortgesetzter Körper- und Drüsenentwicklung bis zum Wachstumsabschluß.

So umwälzend diese Vorgänge im körperlichen Geschehen sind, so wenig vermögen sie die charakteristische psychische Situation des jungen Menschen in diesem Lebensabschnitt zu erklären. Im Sinne einer leib-seelischen Ganzheitsbetrachtung, die im besonderen Maße dieses Lebensalter fordert, muß beides, Körperliches und Seelisches, gleichermaßen erwogen werden, jedoch darf nicht versucht werden, das eine aus dem anderen deuten zu wollen.

SPRANGER stellt fest: "Hier stehen zwei Tatsachen da, die zeitlich einigermaßen - nicht genau - miteinander auftreten, nämlich eine anatomisch-physiologische Strukturveränderung und eine seelisch-geistige Strukturveränderung. Beide hängen wahrscheinlich 'irgendwie' zusammen; aber wie? - das weiß die Wissenschaft bis heute nicht." Das Jugendalter ist ja nicht eine Entwicklungsphase, die zwischen der Kindheit im physiologischen Sinne und dem Reifsein im physiologischen Sinne liegt, sondern es ist das Lebensalter zwischen der typisch unentfalteten Geistesstruktur des Kindes und der festen Geistesstruktur des erwachsenen Mannes oder der Frau. Auch REMPLEIN betont: "Es gibt in der Reifezeit psychische Erscheinungen, die sich mit dem Hinweis auf die körperlichen Veränderungen in keiner Weise mehr begründen lassen."

In die eng umschlossene und begrenzte Welt des Kindes, vor allem in der späteren Phase mit ihrer frischen, nach außen gewandten Realistik, dem hohen Grad von Anpassung an die kindlichen Lebensbedingungen, dem Kräfteüberschuß der Zehn- bis Zwölfjährigen und der darin bedingten gesicherten Seelenlage, bringt die Reifezeit weitgehende Umwälzungen und Erschütterungen, so daß SPRANGER von einer "zweiten Geburt" spricht. Ob diese Umwälzung nun plötzlich oder latent sich vorbereitend und langsam erfolgt, ist sowohl von äußeren Umständen abhängig als auch individuell bedingt. SPRANGER stellt an zahlreichen Beispielen eindeutig fest: Mögen auch tiefgreifende Erlebnisse als auslösende Kräfte oder beschleunigende Faktoren auftreten, mögen Erziehungsmaßnahmen ein längeres Hinausschieben bewirken: Der Prozeß selbst kommt von innen, aus dem Wachstum der Seele selbst. Er kann nicht als Wirkung von außen

betrachtet werden. Er tritt verschieden stark auf! Aber er bleibt bei geistig gesunden Personen nie ganz aus.

SPRANGER versucht die mannigfaltigen Äußerungsformen dieser "disharmonischen Symphonie" durch drei Grundthemen faßbar zu machen:

1. Die Entdeckung des Ich,
2. die allmähliche Entstehung eines Lebensplanes und
3. das Hineinwachsen in die einzelnen Lebensgebiete.

Bei einem Vergleich mit anderen Autoren erscheint SPRANGERS Formulierung als die umfassendste und am meisten auf die Ganzheit des Entwicklungsprozesses gerichtet. Wenn Ch. BÜHLER den Reifungsvorgang von der "Ergänzungsbedürftigkeit" her versteht und W. STERN die Reifejahre "als die Zeit der Auseinandersetzung zwischen Ich und Fremdwerten" auffaßt, so gehen beide Meinungen wohl in der SPRANGER'SCHEN auf.

Verschiedene Autoren teilen die formale Genese des Jugendalters in zwei Phasen: Die des Pubeszenten als ein Stadium der Verneinung, der Erschütterung und Destruktion und die des Adoleszenten mit der allmählichen Sammlung, Bejahung, der beginnenden Synthese und Findung der personellen Eigentlichkeit. Als Grenze wird gewöhnlich das 17. Lebensjahr angesetzt. SPRANGER jedoch berichtet über Fälle, bei denen die Entwicklungsrichtung genau umgekehrt ging, ohne daß man sie als abnorm bezeichnen könnte. Er betont, daß man sich damit begnügen müsse, innerhalb der Entwicklungslinie von Teilstrukturen der Seele ein früheres und ein späteres Stadium festzustellen.

Für unsere Betrachtung scheint mir diese formale Unterteilung eine untergeordnete Rolle zu spielen gegenüber der einzig herauszustellenden Tatsache, eine wie große, den ganzen Menschen nach allen Seiten hin umfassende Umwälzung in diesen Entwicklungsjahren vor sich geht. Der Jugendliche gleicht einem sehr empfindlichen Instrument in der Krisensituation der Reifezeit, in der die Entwicklung durch ein Übermaß an seelischen Konflikten gekennzeichnet ist. Die Existenz in diesem "Zwischenlande" (Lou Andreas

SALOME) bedingt eine große Labilität des gesamten inneren Zustandes, so daß MENDOUSSE von einer "anarchie des tendances" gesprochen hat. Derselbe Mensch findet die entgegengesetztesten Züge in sich und SPRANGER bezeichnet die Widersprüche und Unverbundenheit der einzelnen Sinnrichtungen mit als wesentlichen seelischen Zug. Auf Überenergie und Rekordbrechen folgt unsägliche Faulheit, ausgelassener Frohsinn weicht tiefer Schwermut, göttliche Frechheit und unüberwindliche Schüchternheit, Selbstsucht und Selbstverleugnung, Edelmut und Frevelsinn, Geselligkeitstrieb und Hang zur Einsamkeit, Autoritätsglaube und umstürzlerischer Radikalismus, Tatendrang und stille Reflexion - das alles kann sich in ein und demselben Menschenkind in schockierender Weise zusammenfinden und extrem ausleben, so daß es wie ein Experimentieren mit sich selbst anmutet. Ein zielloses Insichversunkensein, Ekel an sich selbst, der in extremen Fällen bis zum Selbstmord führen kann, dann wieder ekstatische Selbsterhöhung, ein alle tatsächlichen Fähigkeiten und äußeren Umstände ignorierender Selbständigkeitsdrang, Minderwertigkeitsgefühle, Aggressions- und Verneinungstrieb und zugleich die Sehnsucht nach Hingabe und Verstandenwerden - das alles braucht nicht die Grenzen zum Pathologischen zu überschreiten. Selbst die Dauer dieses Zustandes und noch weniger die Heftigkeit der Pubertätsstörungen erlaubt keinen direkten Rückschluß auf eine abnorme bzw. pathologische Entwicklung. SPRANGER äußert, es scheine, als ob mit zunehmender Verwicklung und Differenzierung der Kultur die Dauer der seelischen Pubertät sich verlängere.

Addiert man zu alldem noch die wenig stabile und unausgeglichenene Lage unserer heutigen Lebensform, sowohl was die Kontinuität der äußeren Umstände als auch die innere Wert- und Zielsetzung betrifft, so wird verständlich, wie verschieden, wie schillernd und extrem sich das Bild des jugendlichen Menschen in diesem tempus minoris resistentiae, in der Pubertät, sich darbieten kann.

Es soll nun versucht werden, anhand von Krankengeschichten die Kardinalsymptome herauszustellen, die Jugendliche wegen psychoreaktiver Störungen zur Klinikeinweisung führten. Die untersuchten 209 Fälle betreffen Jungen und Mädchen zwischen 12 und 18 Jahren, die in der Nervenklinik der Universität München in den Jahren 1951 bis 1957 aus einer Gesamtaufnahme von 31 386 Fällen als nicht psychotisch, erheblich schwachsinnig oder organisch hirnkrank diagnostiziert wurden. Wohl aber sind solche Fälle mit herangezogen, bei denen die Diagnose auf psychoreaktive Störungen gestellt wurde, aber differentialdiagnostische Erwägungen offen blieben.

Zur Methode:

Im Sinne einer Gesamteinteilung werden zunächst alle Kranken nach dem führenden, für die Klinikeinweisung maßgebenden Symptom erfaßt und in jeweils einer Hauptgruppe aufgeführt. Die alters- und geschlechtsmäßige Verteilung soll dabei besonders berücksichtigt und eine Gegenüberstellung der Gruppen angestrebt werden.

Im zweiten Teil wird eine weitere Differenzierung in eine größere Zahl von Einzelgruppen erfolgen, wobei alle Fälle, die das Symptom zeigen, berücksichtigt sind. Ihre Zahl wird hier also viel größer sein als in der generellen Aufgliederung, wo jeder Fall nur einmal erscheinen durfte. Es soll so dem Zusammentreffen der verschiedenen psychoreaktiven Störungen bei fast jedem Einzelnen der jugendlichen Patienten Rechnung getragen und gleichzeitig eine möglichst breite Erfassung aller Symptome angestrebt werden. Kurze Referate einzelner typischer Fälle sollen das zahlenmäßige Material illustrieren. Zum Schluß soll anhand der Ergebnisse das in der Einführung gegebene Bild des "normalen Pubertätierenden" abgewogen werden gegen bloße Übersteigerungen, gegen krisenhafte Zuspitzungen mit ihren Äußerungen in abnormen Reaktionen und dem Übergang in echte Entwicklungsstörungen und neurotische Verhaltensweisen.

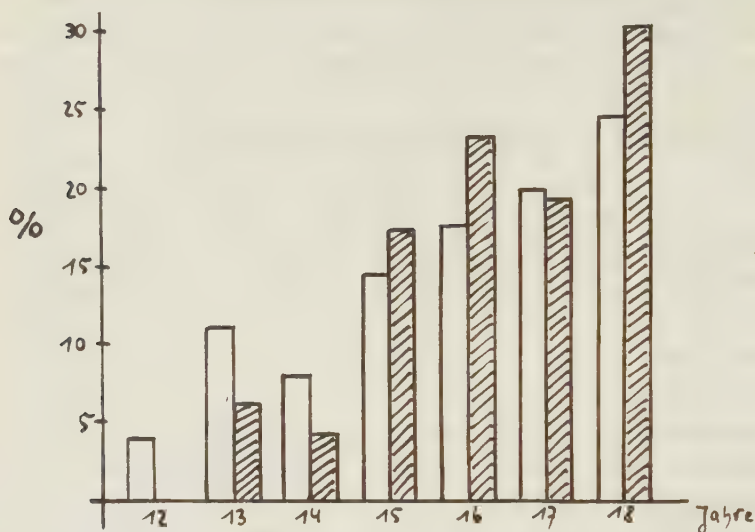
Von den 209 Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren sind 97 Jungen und 112 Mädchen. Ihre zahlenmäßige Altersaufgliederung ist aus Tabelle 1) ersichtlich, die prozentuale Aufgliederung aus nachfolgender Kurve:

Tabelle 1): Einteilung nach Altersgruppen

	12a	13a	14a	15a	16a	17a	18a
Unchar. An-							
passungs-	3 -	1 1	4 2	4 5	4 5	7 8	5 11
schwierigk.							
Psychogene							
Körperstör.	- -	3 3	1 2	1 4	4 6	1 5	6 8
Psychogene							
Anfälle	1 -	- -	1 -	1 4	1 4	- 2	1 1
Fortläufer	- -	1 -	- 1	2 2	2 3	4 1	2 1
Kriminelle	- -	1 1	2 -	1 -	3 3	- -	4 1
Sex. Fehl-							
haltungen	- -	- -	- -	- 2	1 1	3 3	2 3
Zwangs-							
handlungen	- -	1 1	- -	1 1	- -	1 2	- 4
Kurzschluß-							
handlungen	- -	1 1	- -	- -	- 2	2 -	1 1
Aggressio-							
nen	- -	- -	- -	1 -	- 1	- -	2 3
Bettnässer	- -	1 -	- -	2 1	1 1	- -	- -
Sonstiges	- -	2 -	- -	1 -	1 -	1 -	1 -
	4 -	11 7	8 5	14 19	17 26	19 21	24 34
Zusammen:	4	18	13	33	43	40	58

(Links = Jungen, rechts = Mädchen)

Tabelle 2): Prozentuale Altersaufgliederung



jeweils 97 Jungen = 100 %
 112 Mädchen = 100 %

Allgemein sind bei dieser geringen Zahl natürlich keine prozentuellen Aussagen am Platze, da bei einem so kleinen Zahlenmaterial zu sehr Zufallsergebnisse angenommen werden müssen und die Statistik der kleinen Zahl zu große Fehlerquellen birgt. Andererseits ist es doch das ganze Material aus einer großen Klinik von einem Zeitraum von 7 Jahren, so daß doch hinreichende Angaben innerhalb der Grenzen dieser Untersuchung gemacht werden können.

Wie aus Tabelle 2) ersichtlich ist, ist bei den Jungen ein früherer Beginn festzustellen, der seinen ersten Gipfel bei 13 Jahren hat und sich vor allem in uncharakteristischen Anpassungsschwierigkeiten und psychogenen Körperstörungen äußert. Bei den Mädchen ist ein erster steiler Anstieg zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr festzustellen, um einen ersten Gipfel bei 16 Jahren zu erreichen. Bei den 17jährigen sind Jungen und Mädchen etwa gleichstark vertreten, während die Mädchen mit 18 Jahren wieder mit einer

steilen Zacke führen.

Als führendes und für die Klinikeinweisung maßgebliches Symptom ist bei den 209 Jugendlichen zu bezeichnen:

(Jeder Kranke ist nur einmal angeführt unter Vernachlässigung weiterer Symptome, die er ebenfalls bieten mag.)

60 mal uncharakteristische Anpassungsschwierigkeiten,
davon 28 J. und 32 M.

(ein großer Teil der S.V., die aus später dazulegenden Gründen keine eigene Gruppe in dieser generellen Symptomatologie bilden, ist hierbei mit erfaßt).

44 mal psychogene Körperstörungen,
davon 16 J. und 28 M.

19 Fortläufer,
davon 11 J. und 8 M.

16 mal kriminelle Tendenzen,
11 J. und 5 M.

16 mal psychogene Anfälle und Dämmerzustände,
5 J. und 11 M.

15 mal sexuelle Fehlentwicklungen,
6 J. und 9 M.

11 Zwangskranke,
3 J. und 8 M.

8 mal Kurzschlußhandlungen (meist selbstgefährlicher Art), 4 J. und 4 M.

7 mal Aggressionen,
3 J. und 4 M.

6 mal Enuresis nocturna,
4 J. und 2 M.

Sonstige Einweisungsgründe (je einmal):

Hypnagoge Halluzinationen bei Eidetiker

Nasenkomplex

dranghafte Verstimmungszustände

Berufungsgefühl mit Angstzuständen

allgemeiner Infantilismus

Liebeswahn

Stimmenhören von Dichtern und Philosophen

Eine Verteilung der verschiedenen Altersgruppen bei den oben aufgeführten Gruppen und gleichzeitig eine Bezugsetzung der Häufigkeit der verschiedenen Symptome zueinander mögen noch folgende zwei Tabellen veranschaulichen, wobei nach Geschlechtern getrennt ist, um die in bestimmten Gruppen bestehende Häufigkeitsverschiebung der Symptome zwischen Jungen und Mädchen zu erfassen:

Tabellen 3) und 4):

Erklärung:

Es wurde in 3 Altersgruppen unterteilt, im Kreis von außen nach innen:

12-, 13- und 14jährige,

15- und 16jährige,

17- und 18jährige.

Die gestrichelten Linien geben an, welche Häufigkeit - unabhängig von den Symptomen - eigentlich dem altersmäßigen Anteil entsprechen würde.

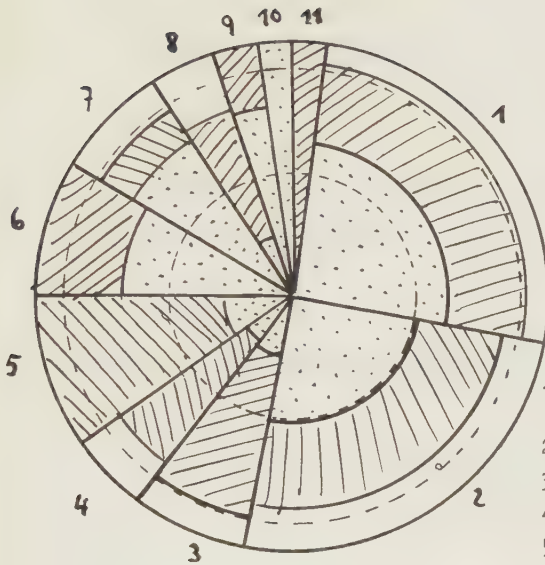


Tabelle 3)

112 Mädchen

- 1 Allg. Anpassungsstörungen
- 2 Psychog. Körperstör.
- 3 Fortläufer
- 4 Kriminelle
- 5 Psychog. Anfälle
- 6 Sex. Fehlhaltungen
- 7 Zwangsercheinungen
- 8 Kurzschlußhandlg.
- 9 Aggressionen
- 10 Sonstiges
- 11 Bettnässer

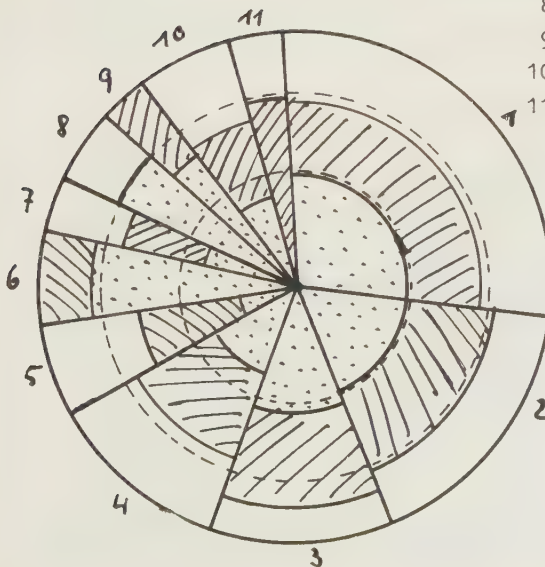


Tabelle 4)

97 Jungen

Betrachtet man nun die persönliche Entwicklung der jugendlichen Patienten, so zeigen 126 - d. s. rund 60 % - bereits in ihrer Kindheit Verhaltensstörungen, die sich in neurotischen Symptomen, davon besonders in verschiedensten Störungen der sozialen Anpassung, äußern:

Kontaktarm: 21

Enuresis noct.: 18

Schwer erziehbar: 15

Nichtbewältigung erlittener Sexualtraumen: 15

Musterkinder: 11

Krampfneigung (respiratorische Affektkrämpfe, Herz-,
Bauch- und Zahnkrämpfe ohne organische
Grundlage): 9

Streunen: 7

Stehlen: 6

In ihrem sex. Verhalten auffällig: 6

Dunkelangst: 5

Bes. krasse Verlogenheit: 4

Schlafwandler: 2

Stotterer: 1

Neurotisches Erbrechen: 1

Tic: 1

Zieht man in Betracht, daß diese Symptome, fremdanamnestic erfaßt, noch nach mehreren Jahren von den Eltern angegeben wurden, so ist der Rückschluß erlaubt, daß sie doch ziemlich manifest auftraten und so manche, vielleicht leichteren kindlichen Störungen bei unseren Patienten gar nicht mehr erfaßt wurden. Die Zahl von 60 % liegt somit mit Sicherheit über dem Durchschnitt passagerer kindlicher Störungen.

An organischen Grundlagen, die u. U. mit für die Fehlentwicklung herangezogen werden müssen, bieten sich folgende

Zahlen:

Vegetative Labilität: 38

Hyperthyreose: 10

Degenerationsstigmata: 9

Frühkindliche Hirnschäden: 4

Erblindung: 1

Lähmung (beide Beine bis zur Hüfte): 1

Ovarialinsuffizienz: 1

Hypogenitalismus: 1

Kretinoid: 1

d. s. 66 organische Störungen insgesamt.

(Es ist zu vermuten, daß Gruppe 1, 2 und die beiden letzteren Begleiterscheinungen sind. Sie sind als solche jedoch wichtig und erwähnenswert.)

Geistige Entwicklung:

Debilität findet sich in 6 Fällen

Minderbegabung in 25 Fällen

und über dem Durchschnitt liegende geistige Fähigkeiten in 23 Fällen.

Fahndet man, soweit es die mit der Krankengeschichte erhobene Anamnese erlaubt, nach neurotischen Störungen und Geisteskrankheiten in der Familie, so ergeben sich folgende Resultate:

Suic.	Depr.	Debi-	Psychop.	Trin-	Schizo.	Epil.
		lit.	od.schw.	ker		
		Neurot.				

Eltern:	6	4	1	19	13	3	1
Geschw.:	2	-	5	5	-	5	2
Verwandte:	8	5	-	10	3	6	3

d. s. 101 Fälle, also rd. 50 %, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß des öfteren in einer Familie meh-

rere Angehörige auffällig sind.

So fand sich, daß 22 mal mehrere Familienmitglieder psychisch auffällig waren:

3 x 1 S.V. plus 1 x ein, bzw. 2 x mehrere Psychopathen

3 x 2 S.V. plus 2 Depressionen und 2 Schizophrenien
bzw. plus 2 Psychopathen und 2 Schizophrenien
bzw. plus 1 Psychopath

2 x Debilität plus 1 x ein Psychopath und 1 Schizophrener
bzw. plus 1 x ein Psychopath

5 x mehrere Psychopathen

1 x 2 und 1 x mehrere Psychopathen plus je 1 Schizophrener

1 x 1 Psychopath und 1 Schizophrener

2 x je 2 Schizophrene

Es handelt sich dabei stets um Eltern, Geschwister oder engere Verwandte.

Auf die Frage, ob und inwieweit diese familiäre Belastung zu werten ist, soll später eingegangen werden. Nur soviel soll jetzt schon festgestellt sein, daß, ganz abgesehen von der Frage einer familiären Disposition, die Auswirkung einer psychopathischen Umwelt auf das erzieherische Milieu gewiß von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Versucht man nun weiter, die exogenen Faktoren aufzuhellen, die mit zu den Verhaltensstörungen der Pubertierenden beitrugen, so findet man in 117 Fällen, d. s. mehr als 50 %, deutliche und offen zutage tretende Milieuschäden:

in 41 Fällen: Erziehung völlig inkonsequent u. unzureichend bei ständigen familiären Zwistigkeiten,

in 27 Fällen: Umgebung verwahrlost, von der prostit. Mutter bis zum kriminellen, die eigenen Kinder sex. attackierenden Vater,

- in 27 Fällen: Erziehung übermäßig streng, jede freie Entfaltung unterdrückend, familiäre Atmosphäre kalt und ohne Geborgenheit,
- in 12 Fällen: Überwärmung und übergroße Ängstlichkeit und Besorgtheit der Eltern,
- in 10 Fällen: Kinder von klein auf ohne erzieherische Fürsorge und ganz sich selbst überlassen.

50 der Patienten waren in ihrer Kindheit 1 Jahr oder länger in Heimen, Horten, bei Verwandten oder fremden Familien untergebracht,
28 waren Fürsorgezöglinge.

Es soll hier noch einmal darauf hingewiesen werden, daß sich diese Zahlen nur auf die von Patienten und Angehörigen gemachten Aussagen stützen und bei objektiver Nachprüfung sicher noch höher anzusetzen wären.

Die familiäre Situation ist folgende:

Ledige Kinder:	35
Eltern geschieden:	26
Vater gestorben:	38
Mutter gestorben:	3
Vollwaisen:	6

d. s. rd. 50 % aus zerrissenen Familien

Einzelkinder:	61
---------------	----

Auch hier liegen die Prozentzahlen relativ hoch, obgleich berücksichtigt werden muß, daß die Jugendlichen vorwiegend sog. Kriegsjahrgängen angehören, so daß die große Zahl der Einzelkinder durch den Geburtenrückgang in diesen Jahren mit erklärt werden muß. Ebenso entspricht die Zahl der Waisen und evtl. die Zahl der ledigen und aus geschiedenen Ehen stammenden Kinder einer allgemeinen Erhöhung durch die Turbulenz der Kriegs- und Nachkriegsjahre.

(Aus der Turbulenz dieser Jahre ergibt sich auch die Unmöglichkeit einer Bestimmung, wieviel der Jugendlichen aus städtischem oder ländlichem Milieu stammen, da durch

Flucht, Umsiedlungen und Evakuierungen ein ein- oder mehrmaliger Wechsel des Wohnsitzes noch bis in die letzten Jahre hinein gang und gäbe war.)

Es sollen noch einmal die genannten Zahlen zusammen aufgeführt werden, da sie recht eindrucksvoll zeigen, daß eine relativ sehr hohe Prozentzahl der Patienten mit einer erheblichen inneren oder äußeren Belastung in die Pubertätsjahre eintrat. Waren die daraus resultierenden psychischen Anfälligkeiten, Disharmonien oder sogar Traumen in der Kindheit latent geblieben oder haben sich nur in leichteren Symptomen geäußert, so mußten die Krisenjahre der Entwicklung im Sinne einer Entfaltung und die also mitgebrachte verminderte Resistenz wiederum erschwerend auf die Entwicklung wirken.

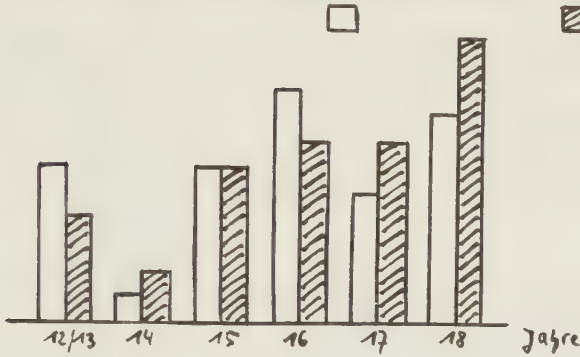
- bei 60 %: Verhaltensstörungen in der Kindheit,
- bei 33 %: organische Störungen,
- bei 15 %: Minderbegabung bis Debilität,
- bei 12 %: überdurchschnittliche Begabung,
- bei 50 %: psychische Auffälligkeiten in der Familie,
- bei 50 %: Milieuschäden,
- bei 37 %: Fremderziehung (einschl. Fürsorgeerziehung),
- bei 50 %: zerrissene Familien,
- 30 %: Einzelkinder.

Es soll jetzt den besonders häufig auftretenden Symptomen in Einzelgruppen näher nachgegangen werden, wobei alle Fälle, die das Symptom zeigen, berücksichtigt sind.

Psychogene Körperstörungen

Zahl: 71

35 männliche Pat., 36 weibliche



	Ges. Zahl	12/13a	14a	15a	16a	17a	18a
Vitalstörung.	16	- -	1 -	3 1	2 1	1 1	3 3
Kopfschmerzen	11	- -	- -	- 2	2 -	2 3	- 2
Gangunsicherh.	6	- 1	- -	- 1	- -	1 2	1 -
Zuckungen	6	3 1	- -	- -	- 1	- -	1 -
Ohnmachtsanf.	5	- -	- -	2 -	- 1	- -	1 1
Schwindelgef.	4	1 -	- -	1 -	- -	- -	- 2
Zittern/Tremor	4	1 -	- 1	- -	2 -	- -	- -
Stupor	3	- -	- -	- 1	1 1	- -	- -
Grimassieren	2	- -	- 1	- -	- 1	- -	- -
Sehstörungen	2	- -	- -	- -	- -	1 1	- -
Harnverhaltung	2	- -	- -	- 1	- 1	- -	- -
Lähmung	2	1 -	- -	- -	- -	- -	- 1
Tic	2	- 1	- -	- -	- -	- -	1 -
Herzbeschwerden	1	- -	- -	- -	- -	- -	- 1
Atemnot	1	- -	- -	- -	- 1	- -	- -
Pollakisurie	1	- -	- -	- -	1 -	- -	- -
Pochen u. Klopfen im Unterleib	1	- -	- -	- -	- -	- -	- 1

	Ges. Zahl	12/13a	14a	15a	16a	17a	18a
Schmerzhafter Priapismus	1	- -	- -	- -	- -	- -	1 -
Kribbeln	1	- -	- -	- -	1 -	- -	- -
Dazu als Sonder- gruppe d. psycho- genen Anfälle	16	1 -	1 1	- 3	- 4	- 1	1 4

Gleichzeitig mit den Körperstörungen zeigten sich noch folgende weitere Symptome:

- 29 x Depressive Verstimmung,
- 10 x Kontaktstörungen,
- 10 x Zwänge,
- 7 x Streunen,
- 8 x Lügen,
- 7 x Stehlen,
- 7 x sexuelle Traumata,
- 5 x sexuelle Fehlentwicklungen.

Vegetativ labil waren 22,
minderbegabt 2, debil 2,
psychisch retardiert 17,
körperlich retardiert 6, accelleriert 2.

Als Anlaß bzw. auslösende Ursache der psychogenen Körperstörungen und Anfälle konnte folgendes ermittelt werden:

- 13 x Fehlleistungen,
- 8 x Angst (sowohl Furcht vor konkreten Situationen,
als auch allgemeine Lebensangst),
- 7 x Überforderung (körperlich und psychisch),
- 21 x Protesthaltung,
- 6 x Liebeskummer,
- 3 x Berufswahl oder -wechsel,
- 3 x Unfall,
- 3 x sexuelle Traumata,
- 2 x Menarche,

1 x Scheidung der Eltern,

1 x drohende Einweisung ins Erziehungsheim.

20 x konnte kein äußerer Anlaß eruiert werden.

In 13 Fällen traten schon in der Kindheit neurotische Störungen auf:

6 x Krämpfe,

3 x Enuresis nocturna,

1 x Neigung zu Ohnmachten,

1 x Zuckungen,

1 x Stottern,

1 x neurotisches Erbrechen.

50 % der Jugendlichen kamen aus einem erzieherisch ungeeigneten Milieu:

16 mal fanden sich Geisteskrankheiten oder Suicide in der Verwandtschaft, 2 mal Suicide der Eltern. 5 mal war der Vater Trinker, 8 mal waren die Eltern geschieden und 26 Jugendliche kamen aus anderweitig ungünstigen häuslichen Verhältnissen. 10 wurden sehr streng erzogen und 9 übermäßig verwöhnt.

Anschließend an jede Gruppe sollen nun einige typische Fälle geschildert werden:

Beispiel 1:

Nr. d. Krankengeschichte: 2361/54

Der 16jährige Fritz K. ist das einzige Kind. Sein Vater ist gefallen. Die Mutter ist sehr besorgt um ihn und richtet sich ganz nach dem Jungen. Als Kind war er lebhaft und aufgeschlossen, hatte aber öfters "Bauchkrämpfe". In Volks- und Mittelschule war er immer Klassenprimus, lernte sehr eifrig und hatte wenig Freunde. Er trieb gerne Sport.

Seit etwa einem Jahr, in der Abschlußklasse, ließen seine Leistungen nach. Er beobachtete plötzlich, daß er dauernd kalte Hände und Füße habe, er kann nicht mehr schlafen, hat Kopfschmerzen, es stellt sich Stuhlverstopfung und nervöse Pollakisurie ein. Er fehlt deshalb häufig in der Schule. Auch sondert er sich nun immer mehr ab, weil er keine ihm "ebenbürtigen Freunde" findet. Alles strengt ihn an. Er kann nicht mehr lesen, weil er Kopfschmerzen bekommt und "die Augen direkt im Kopf drinnen schmerzen". Sport treibt er nicht mehr, weil er glaubt, es schadet ihm. Er macht die Abschlußprüfung in der Schule - angeblich recht gut -, aber sein Zustand bessert sich auch bei einem anschließenden Erholungsaufenthalt nicht. Nun sitzt er völlig passiv zu Hause herum, ist deprimiert über eine kleine, durch sein Mißtrauen auseinandergegangene Liebesgeschichte und registriert alle körperlichen Vorgänge mit hypochondrischer Genauigkeit, hat große Angst vor "den schrecklichen Folgen der Schlaflosigkeit", daß er Tuberkulose haben könnte usw. Die notwendige Berufswahl schiebt er von sich, da er erst gesund werden müsse und hat Angst, durch seine "Krankheit" keine Berufsaussichten zu haben. Er ist sehr ehrgeizig, hat hochfliegende, nicht realisierbare Pläne, lehnt andererseits die für ihn in Frage kommenden Möglichkeiten ab, da er keine Lust zu ihnen hat oder sich ihnen nicht gewachsen fühlt. Er verhält sich völlig passiv und schiebt immer wieder seine Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen etc. vor. Er findet offensichtlich nicht den Mut, sich aus der mütterlichen Umsorgtheit zu lösen und ein selbstverantwortliches Leben als Erwachsener zu führen bzw. zu beginnen, er hat Angst vor "dem Leben

draußen" und überträgt dies auf seine körperlichen Beschwerden.

Beispiel 2:

Nr. d. K.G.: 57/57

Edda K. ist 16 Jahre alt. Sie ist das dritte Kind von sechs Geschwistern und hat eine normale kindliche Entwicklung durchgemacht. Eine Schwester war vor einigen Jahren wegen Schizophrenie in Behandlung. In der Schule war E. immer eine der Besten. Der Vater ist schwer zuckerkrank, trotzdem notorischer Trinker und tyrannisiert und schlägt die Familie, die ihn deswegen förmlich haßt. E. steht als einzige zu ihm, glaubt, daß er im Grunde ein guter Mensch sei und man ihm helfen müsse.

So ist sie in einem Konflikt zwischen Mutter und Vater und weiß nicht, zu wem sie halten soll. In ihrem 13. Lebensjahr wurde sie von dem betrunkenen Vater sexuell belästigt, was sie aber gar nicht verstand, da sie völlig unaufgeklärt war. Erst ein Jahr später kam ihr die Handlung zu Bewußtsein, als sie von Freundinnen aufgeklärt wurde. Die Folge war starkes Ekelgefühl vor sich selbst und vor ihrem Vater. Sie isolierte sich weitgehend und zog sich ganz in eine kindliche Phantasiewelt zurück, aus der auch der Wunsch entsprang, einmal beruflich nur mit Kindern umzugehen. Ihr sehnlichster Wunsch ist, einmal Kinderärztin oder etwas ähnliches zu werden. In diese Zeit fiel auch die letztmögliche Aufnahmeprüfung in die ersehnte Oberschule, die sie nicht ablegen durfte, da die Eltern sehr arm sind.

Kurz darauf bekommt sie die ersten Anfälle von Brechreiz und Erbrechen nach den Mahlzeiten, verbunden mit Kopfschmerzen. Dieser Zustand steigert sich im Lauf der Jahre immer mehr, wie sie auch keine Lösung aus ihren Konflikten findet. Manchmal hat sie zwischendurch völlige Ruhe, besonders, wenn sie von Zuhause fort ist. Jetzt arbeitet sie als Verkäuferin und ist recht unglücklich in ihrem Beruf. Männern steht sie völlig ablehnend gegenüber. Sie macht einen müden, gequälten Eindruck und spricht nur sehr un-

gern von ihren Sorgen. Seit einigen Monaten erbricht sie fast regelmäßig jede Mahlzeit.

Beispiel 3:

Nr. d. K.G.: 904/55

Liane W. ist ein hochaufgeschossenes 14jähriges Mädchen. Ihr Vater starb als sie ein Jahr alt war. Seit dieser Zeit wurde sie in den verschiedensten Kinderheimen untergebracht. Sie paßte sich immer gut an, ist ordentlich und leicht lenkbar. Mit 5 Jahren soll sie "kleine Herzanfälle" gehabt haben. Seit einem halben Jahr ist sie in einem neuen Heim, wo sie sich sofort gut einfügte. Plötzlich treten ohne äußere Ursache klonische Zuckungen der oberen Extremitäten auf, sie schlägt um sich, "schüttelt", das ganze Gesicht zuckt, sie verdreht die Augen. Sie ist dabei nicht ansprechbar. Kein Einnässen, kein Zungenbiß. So ein Anfall dauert bis zu einer Stunde, dann schläft sie tief und fest und weiß anschließend nichts davon. Dem Anfall voraus geht oft ein Phantasieren, sie sieht ihren toten Vater, hat Angst vor dem Tod. Auch am Tage verfällt sie oft in Träumereien, sieht ihre Zukunft, wie sie sie ersehnt, sich selbst in anderen Rollen. Auch nachts im Traum erscheint sie sich immer selbst als Zaubergestalt, als alte Frau, als Hexe. Auch zeigt sie eine gute eidetische Begabung. Seit kurzer Zeit klagt sie dazu über Kopfschmerzen, die sie hartnäckig auf eine ungerecht erhaltene Ohrfeige zurückführt.

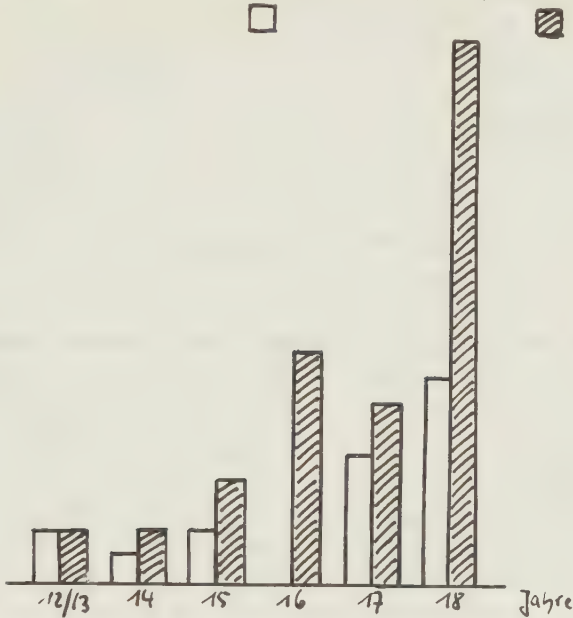
Trotz der phantasievollen Wachträume, die als Depersonalisationsphänomen zu deuten sind, zeigt L. eine frühe geistige Reife und ernste Lebenseinstellung. Sie hat feste Berufspläne.

Trotzdem sie äußerlich gut angepaßt erscheint, wird sie mit ihren inneren Nöten doch nicht so ohne weiteres fertig. Manchmal ist sie bedrückt, vermißt im Grunde wohl eine familiäre Atmosphäre und hat Sehnsucht nach mütterlicher Geborgenheit.

Suicidversuche

Zahl: 63

18 männliche Pat., 45 weibliche



Motive wurden in 55 Fällen angegeben:

	Ges. Zahl	12/13a	14a	15a	16a	17a	18a
Streit	15 x	- 2	- -	- -	- 3	- 1	1 6
Liebeskummer	12 x	- -	- 1	- 1	- 2	- 2	- 6
Zur Erreichung e. best. Zweckes	5 x	- -	- -	1 -	- -	1 -	2 1
Kündigung bzw. Versagen i.d. Schule	4 x	- -	- -	1 -	- 1	- -	- 2
Angst vor Strafe	4 x	- -	- 1	- -	- 1	- 1	1 -
Angst vor Prüfung	4 x	1 -	- -	- -	- 1	- 1	- 1
Protestreaktion	4 x	1 -	- -	- 1	- 1	- 1	- -
Angst vor Erziehungsheim	2 x	- -	- -	- 1	- -	- -	- 1

	Ges. Zahl	12/13a	14a	15a	16a	17a	18a
Allg. Depressionen	2 x	- -	- -	- -	- -	1 1	- -
Gravidität	2 x	- -	- -	- -	- -	- -	- 2
Lähmung bd. Beine	1 x	- -	- -	- -	- -	- -	- 1
Motiv unbekannt od. ohne äuß. Anlaß	8 x	- -	1 -	- 1	- -	1 -	4 1

2 Jungen und 4 Mädchen hatten 2 bzw. mehrere S.V. verübt
(3 x 2 S.V., 2 x 3 und 1 x 4 S.V.).

An weiteren psychischen Fehlentwicklungen zeigte sich folgendes:

Lügen:	13 x	(7 J., 6 M.)
Stehlen:	11 x	(6 J., 5 M.)
Streunen:	12 x	(3 J., 9 M.)
allg. Depressionen:	9 x	(3 J., 6 M.)
kriminelle Neigungen:	5 x	(5 J.)
sex. Fehlentwicklung:	5 x	(3 J., 2 M.)
psychog. Körperstörungen:	4 x	(2 J., 2 M.)

Psychisch retardiert waren 10, körperlich retardiert 2, minderbegabt 3 und debil 1.

Die familiäre Situation war folgende:

4 x übermäßig strenge Erziehung und 2 x Verweichlichung und Überwärmung.

25 Patienten kamen aus geschiedenen elterlichen Ehen oder sonst ungeordneten sozialen Verhältnissen.

4 x kam S.V. der Eltern vor, 1 x eine endogene Depression, in 5 Fällen war der Vater Trinker.

In der Verwandtschaft waren in 15 Fällen Gemüts- oder Geisteskrankheiten bekannt.

Beispiel 4:

Nr. d. K.G.: 2217/54

Rolf H., 13 Jahre, ist das einzige Kind und von den Eltern, besonders der Mutter, immer übermäßig verzärtelt und verwöhnt worden. Er kann sich nicht erinnern, daß er einmal einen Wunsch zu Hause nicht durchgesetzt habe. Auch wird er so von der Mutter gefüttert, daß man vom äußeren Aspekt her an eine diencephale Regulationsstörung dachte (Cushing). Als man den intelligenzmäßig sehr gut begabten Jungen, der schon 2 Jahre zu Hause die Oberschule besuchte, in ein Internat schickt, meint er, es vor Heimweh nicht auszuhalten. Er findet keinen Anschluß und besonders schwer fällt ihm, daß er "nicht genug zu essen bekommt". Er nimmt 6 Schlaftabletten, um - wie er jetzt zugibt - die Mutter unter Druck zu setzen, daß sie ihn nach Hause nehme, was auch prompt geschieht. Weggelaufen statt des Suicidversuches ist er deshalb nicht, weil es "zu weit" gewesen wäre (50 km !). Als er zu Hause in der überfüllten Oberschule nicht mehr aufgenommen wird und vorläufig in die Volksschule muß, nimmt er wieder zuerst 6, als das nichts nützt 12 Schlaftabletten, um zu erreichen, daß er wieder in die Oberschule geschickt wird.

Rolf macht ganz den Eindruck des bequemen, verzogenen Kindes, dem jeder Wunsch erfüllt wurde. Der Notwendigkeit einer Ablösung von der Mutter sucht er durch seine Kurzschlußreaktionen auszuweichen. Trotzdem das Intelligenzalter mindestens dem eines 15jährigen entspricht, erkennt er die Tragweite eines S.V. keineswegs. "Wenn ein Suicid wirklich gelungen wäre?" Ja, das hätte er dann nicht beabsichtigt!

Beispiel 5:

Nr. d. K.G.: 1250/56

Die 18jährige Therese B. ist im Elternhaus aufgewachsen. Doch leben die Eltern schon seit 10 Jahren getrennt, auch vorher waren schon schwierige und unharmonische Verhältnisse und viel Streit, da der Vater mit einer Freundin zusammenlebte.

In der Volksschule mußte Th. die 6. Klasse wiederholen.

Jetzt arbeitet sie seit 3 Jahren in einer guten Haushaltsstelle, wo es ihr gefällt. - Seit 7 Wochen kennt sie einen älteren Architekten, mit dem sie bald in intime Beziehungen tritt, wobei aber nie von Heiraten die Rede ist. Vor 2 Tagen kündigte er ihr kurzerhand die Freundschaft, weil er gehört habe, daß Th. ein recht lockeres Leben führe. Th. überlegt es sich 2 Tage und macht dann einen S.V. mit 2 Röhrchen Schlaftabletten, weil sie "ohne diesen Mann" nicht leben könne und das Leben überhaupt nur scheußlich sei. Auch ihrer Mutter z. B. wäre es die ganze Zeit ihrer Ehe nur schlecht ergangen. Obwohl Th. beteuert, daß es ihr ganz ernst mit dem Sterben gewesen sei, hat man den Eindruck, daß sie sich recht wichtig damit vorkommt. Sie erzählt ihre Lebensgeschichte theatralisch und wie aus einem Jungmädchenroman. Sie ist gut kontaktfähig, aber noch kindisch - trotzig und macht keineswegs einen psychotischen Eindruck. Sie ist sicher ein etwas primitives Mädchen, das auf die auseinandergegangene Freundschaft mit einer theatralisch aufgezogenen Kurzschlußhandlung reagierte.

Beispiel 6:

Nr. d. K.G.: 632/56

Die 16jährige, hochaufgeschossene und noch knabenhaft kindlich wirkende Christa P. kommt aus einem harmonischen Elternhaus. Sie war immer ein sehr sensibles, gewissenhaftes Kind und eine gute Schülerin. Heute noch hängt sie sehr an Eltern und Geschwistern. Sie will später, wie die Eltern es wünschen, den Schwesternberuf ergreifen. Jetzt ist sie zum erstenmal von zu Hause weg und als Hausgehilfin tätig, wo sie fleißig und gewissenhaft arbeitet. Sie ist immer still, fühlt sich unter Gleichaltrigen nicht recht wohl, kann nicht lachen mit den anderen, meint, sie sei anders, denn niemand verstehe sie. Auch von Minderwertigkeitsgefühlen wird sie geplagt, sie sehe häßlich aus, habe nicht das richtige Benehmen. Seit einigen Monaten ist sie besonders gedrückt, vor allem in den Tagen vor der Periode. Der Appetit hat nachgelassen, sie hat an Gewicht verloren, schwitzt viel. Auch der Großvater ist vor kurzem

gestorben und die arme Mutter habe dadurch viel Sorge. Sie hat das Gefühl, die Arbeit gehe ihr nicht von der Hand, in der Schule meint sie, nicht recht vorwärtszukommen. Auch hat sie Angst vor der in 8 Tagen stattfindenden Prüfung.

Aus all diesen Gründen und weil sie ihren Eltern keine Schande machen will, wollte sie von der Erde verschwinden. Einen Tag vor Einsetzen ihrer Regel findet sie ihre Arbeitgeberin in der Dämmerung im Garten, wie sie versonnen auf ein langes Küchenmesser in ihrer Hand blickt. Auf Befragen gibt sie an, sie wollte sich das Leben nehmen. Später meint sie, sie hätte es wohl doch nicht getan.

Das Mädchen ist noch sehr kindlich, introvertiert in seinem Denken und voll jungmädchenhafter Phantasien und Idealvorstellungen, die ihr beim Hinaustreten aus dem Elternhaus Stück für Stück zerstört werden. In ihrem eigenen Planen und Urteilen ist sie noch ganz unselbständig und an die Mutter gebunden. Ein Anhalt für eine beginnende Psychose konnte nicht gefunden werden.

Beispiel 7: Nr. d. K.G.: 232/57

Askolf Z., jetzt 17jährig, war schon immer ein "Querkopf", dabei ein lebhafter und zu Streichen aufgelegter Junge. Teilweise wurden er und seine jüngere Schwester nur vom Vater erzogen, der als jähzornig, eigenwillig und etwas autistisch geschildert wird. Später leben die Eltern, die geschieden sind, der Kinder wegen wieder zusammen. Vor drei Jahren ist der Vater gestorben. Die Erziehung liegt nun ganz in den Händen der Mutter, die überarbeitet, gutmeinend und sehr auf Etikette bedacht ist, sich aber gegenüber dem großen Jungen nicht durchzusetzen vermag.

A. besucht das Gymnasium, ist aber schon einmal sitzengeblieben, weil er, wie er selbst sagt, faul und bequem ist. Die Klassenkameraden kommen ihm kindlich vor. Er hat nur viel ältere Freunde, mit denen man sich über Probleme unterhalten kann. Er ist ausgesprochen diskutierwütig, bes. über weltanschauliche Fragen. Über die Dinge, die ihn im

Innersten bewegen, spricht er aber doch nicht. Hobbies hat er keine. Auch Sport treibt er, im Gegensatz zu früher, nicht. Meist flegelt er zu Hause herum, liest moderne und auch klassische Literatur und Philosophen. Sein Ideal ist der große, energische Mann, der sich egal mit welchen Mitteln durchsetzt und Macht und Reichtum erringt. Seine Berufspläne liegen "bei Film, Rundfunk oder Presse". Weltanschaulich bezeichnet er sich als "Nihilist und chronischen Oppositionist".

Sein Verhältnis zur Mutter ist schlecht, es gibt viele Auftritte und Szenen. Er will sich nicht bevormunden lassen. Irgendwie spielt auch eine Eifersucht auf die jüngere Schwester mit herein. Sexuell ist er ohne besondere Probleme. Seit dem 16. Lebensjahr hat er öfter Verkehr. Richtig verliebt war er noch nie. Er raucht "wie ein Schlot", ab und zu trinkt er auch.

Seit zwei Jahren ist er mehr und mehr trüber Stimmung, nimmt alles schwerer als früher, grübelt viel über den Sinn des Daseins und kann "hinter dem Ganzen keinen Sinn entdecken". Das Verhältnis zur Mutter wird immer gespannter, die Freunde gehen ihm alle auf die Nerven. Silvester fährt er nach einem Streit, ohne etwas zu Hause zu sagen, einfach für zehn Tage nach Italien. Wenige Wochen später wird er aus der Schule entlassen, weil er zu oft geschwänzt habe und "die Meute aufwiegelt". Darauf zu Hause erneut Krach mit Mutter und Bekannten. Er gibt keine Widerrede, geht hinaus und nimmt in suicidalen Absicht ein Pulver, das er "für alle Fälle" vor einiger Zeit sich von Halbstarken geben ließ.

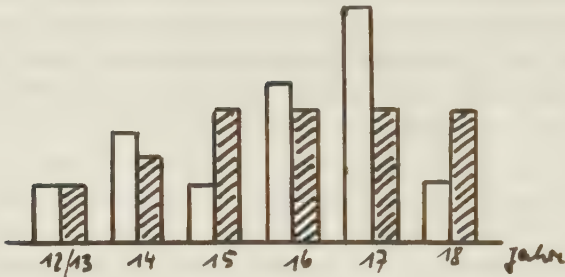
A. gab sich äußerlich immer lässig, hat alle Wut in sich hineingefressen. Dem äußeren Anschein nach war sein S.V. eine Kurzschlußreaktion, doch war der Boden in ihm schon lange dafür vorbereitet. Sein plötzliches Weglaufen einige Wochen zuvor ist als erster Ausbruch seiner inneren Krise anzusehen. Schulentlassung und Streit gaben nur noch den letzten Anstoß. A. ist mit sich selber uneins. Er steckt in einem typischen Adolescentendaseinsekel und Weltschmerz. Er nimmt eine jugenhafte Trotzhaltung ein, hat wenig

Selbstkontrolle und ist ganz seinen Stimmungsschwankungen unterworfen. Von Natur ist er sinnenfreudig und erlebnisoffen. Doch geht sein romantisch-impulsiver Tatendrang auf Kosten der Wirklichkeit. Unverbunden daneben steht eine desillusionierende Nüchternheit, er bemüht sich verkrampft um Sachlichkeit und findet in sich selbst noch keine Synthese. Schuldgefühle melden sich, die er sich selbst noch nicht eingestehen kann. Im Grunde ist er voll Unsicherheit und Angst.

Fortläufer

Zahl: 50

25 männliche Pat., 25 weibliche



50 Jugendliche, d. s. 24 %, zeigen das Symptom des Fortlaufens, Herumtreibens bzw. Streunens. Die klinische Diagnostik bewegt sich zwischen poriomaniischen Drangperioden - Psychopathie - neurotischer Fehlentwicklung - abnormer Erlebnisreaktion und Pubertätskrise.

Sie lassen sich folgendermaßen aufteilen:

	Ges. Zahl	12/13a	14a	15a	16a	17a	18a
Triebhaftes, unmotiv. Weglaufen	11 x	- -	- -	1 2	1 2	3 1	1 -
Verwahrlosung u. Heimatlosigkeit	10 x	- -	1 1	1 -	1 1	- 1	1 3
Protestreaktion	9 x	- 1	1 -	- 1	1 1	3 1	- -
Abenteuerlust	8 x	1 -	1 -	- -	2 1	1 1	- 1
Bewußtseinstrübung (fragl. poriom. Zustandsbild)	5 x	1 -	- -	- 2	1 -	- 1	- -
Angst vor Strafe	5 x	- 1	1 1	- -	- -	1 -	- 1
Fehlleistung	1 x	- -	- -	- -	- -	1 -	- -
Überforderung, überstarke fam. Bindg.	1 x	- -	- 1	- -	- -	- -	- -

Der Beginn des Streunens lag bei 5 Jungen schon in der Kindheit, mit 10 Jahren und früher. Von den Jugendlichen, die erst in einem späteren Alter zur Einweisung kamen, begannen 2 J. und 1 M. mit 12 Jahren, 1 M. mit 13 Jahren, 4 J. und 7 M. mit 14 Jahren, 2 J. und 4 M. mit 15 Jahren.

Ganz akut und ohne vorherige Auffälligkeiten begann das Fortlaufen bei 4 Jungen und 7 Mädchen.

Nur 1 x ausgerückt sind 4 Jungen und 8 Mädchen.

Notorische Fortläufer, d. h. solche, die immer und immer wieder und von überall weg durchbrennen, sind 4 Jungen und 5 Mädchen. Nur für kurze Zeit, also einige Stunden bis höchstens einen Tag, treiben sich 5 Jungen und 3 Mädchen herum.

Über lange Zeit hinweg, praktisch solange bis sie irgendwie aufgegriffen werden, vagabundierten 2 Jungen und 2 Mädchen.

Es zeigte sich folgende Kombination mit anderen Symptomen:

Lügen:	16 x (8 J., 8 M.)
Stehlen:	15 x (8 J., 7 M.)
Neigung z. Kurzschlußhandlung u. Erregungszuständen:	10 x (8 J., 2 M.)
schwere Kontaktstörungen:	12 x (7 J., 5 M.)
S. V.:	12 x (4 J., 8 M.)
sex. Fehlhaltung:	7 x (1 J., 6 M.)
sensitiv, träumerisch:	7 x (5 J., 2 M.)
depressiv:	6 x (5 J., 1 M.)
psychogene Körperstörungen:	4 x (4 J.)
Zwangssymptome:	3 x (3 J.)
Aggressionen:	3 x (3 J.)

Psychisch retardiert waren	9 Jungen und 6 Mädchen,
körperlich retardiert waren	1 Junge und 1 Mädchen und
acceleriert waren	2 Jungen,
minderbegabt waren	3 Jungen und 2 Mädchen,
debil waren	1 Junge und 1 Mädchen.

4 Jungen zeigten als Kinder Enuresis noct. und 1 Junge

Neigung zu "Krämpfen".

Das soziale Milieu war 20 x als ausgesprochen ungünstig, z. T. als asozial zu bezeichnen. 6 x war die Erziehung sehr streng, die Anforderungen überhöht und 2 x die Erziehung übermäßig verweichlichend. 11 Jugendliche kamen aus geschiedenen elterlichen Ehen oder sind ledig geboren. Familiäre Auffälligkeiten (Neurosen, Geisteskrankheiten) bestanden 11 x.

Beispiel 8:

Nr. d. K.G.: 797/57

Der 18jährige Hans R. ist Flüchtling. Seine Eltern sind rechtschaffene Leute, haben jedoch keinerlei erzieherischen Einfluß mehr. Der Junge war bis zum 10. Lebensjahr Bettnässer, hartnäckiges Nägelbeißen, was auch jetzt noch besteht. Mit etwa 6 Jahren Anfälle, wahrscheinlich vasomotorischer Art. Mit 14 Jahren erschwindelt er sich zum erstenmal vom Vater Geld und brennt damit zu den Großeltern durch. Er kommt daraufhin in eine Erziehungsanstalt, wo er 3 Ausbruchversuche unternimmt. Auch als er wieder in Freiheit ist, hält er es an keiner Lehrstelle aus, läuft immer wieder weg. Mit 17 Jahren beginnt er dann eine ganze Reihe von Betrügereien, kleinen Diebstählen und Hochstapeleien. Besonders erschwindelt er sich immer wieder ein Fahrzeug und reist in die Ferne. Doch kehrt er stets nach nicht langer Zeit reumütig von selbst zurück. Er zeigt dabei trotz Raffinesse eine gewisse Kurzsichtigkeit. Er selbst gibt an, es komme wie ein Drang über ihn, daß er einfach ziellos irgendwohin reisen müsse. Dies komme in ganz unregelmäßigen Abständen, da treibe es ihn einfach weg. Ein Ziel habe das Davonlaufen nicht. Wenn er dann "zur Besinnung kommt", traue er sich nicht mehr nach Hause. Die meisten seiner Straftaten fallen in diese Perioden dranghaften Davonlaufens.

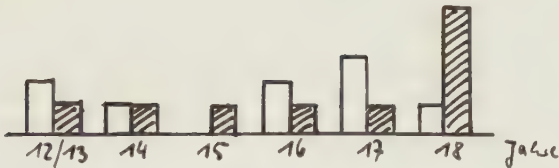
Körperlich ist H. gut entwickelt, doch zeigt sich ein deutliches Zurückbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale. Auch gibt er an, noch nie irgendwelche sexuellen Reaktionen verspürt zu haben. Bei guter Intelligenz zeigt H. eine deutliche Unreife im Denken mit Neigung zu Oberflächlichkeit und Kurzschlüssen. Er hat eine lebhafte Phantasie und ein deutlich ausgeprägtes Geltungsstreben. Sein ganzes Ausdrucksgeschehen ist von einer gewissen Kindlichkeit geprägt. Lebhafte Phantasie, eine vorschnelle Oberflächlichkeit und eine gewisse Willensschwäche sind unverkennbar.

Im EEG finden sich leichte Dysrhythmien, die ebenso auf eine konstitutionelle Abartigkeit wie auf Epilepsie hinweisen können. Auch berichtet H. über Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus.

Es konnte bei H. nicht endgültig geklärt werden, ob es sich um eine konstitutionelle Abartigkeit eines psychopathischen Jugendlichen handelt oder aber um epileptoide Drangperioden bzw. um eine latente Schizophrenie.

Zwangskranke

Zahl: 19



Bei 19 Jugendlichen (12 %) konnten Zwangssymptome festgestellt werden.

4 x fanden sich dabei reine Zwangsgedanken, und zwar bei 2 18jährigen Mädchen, 1 17- und 1 16jährigen Jungen (zwanghaftes Grübeln, geistige Ersatzwelt).

Bei 7 Jugendlichen gingen die Zwangshandlungen von primär sexuellen Vorstellungen aus. Weitere 2 entwickelten innerhalb ihres Zwangssystems sekundär sex. Zwangsvorstellungen und -befürchtungen. Ca. 50 % dieser jugendlichen Zwänge zeigen also sexuelle Motive.

Starke Aggressionen - meist gegen geliebte Personen gerichtet - kommen als Zwangsinhalte bei 6 Patienten vor, weiterhin 6 x Selbstvernichtungsimpulse, z. B. der Zwang aus dem Fenster zu springen u. ä.

Als Abwehrhandlungen stehen Zählzwang, Kontrollzwang, Waschzwang im Vordergrund.

Bei 4 Patienten bestehen die Zwangsimpulse allein darin, an unpassenden Stellen zu lachen, zu weinen oder zu singen.

In der weiteren Anamnese ergab sich, daß 5 Jugendliche schon immer übermäßig pedantisch, ängstlich und etwas eigenbrötlerisch waren. 8 Patienten sind ausgesprochen religiös.

5 x fand sich eine ambivalente Einstellung zum Vater, 4 x zur Mutter.

4 x war ein sexuelles Trauma für den Beginn der Zwangssymptome maßgebend.

2 Jugendliche zeigten sex. Fehlhaltungen, 5 psychogene Körperstörungen. 2 x fand sich ein poriomantisches Zustandsbild.

Depersonalisationserlebnisse hatten ebenfalls 3 der Zwangskranken.

12 der Patienten waren depressiv.

Suicidversuch kam 1 x vor.

Überdurchschnittliche Intelligenz 5 x (25 %),

Minderbegabung 1 x.

Retardiert waren 5 Jugendliche.

In 3 Fällen war das häusliche Milieu ungünstig.

6 x fanden sich psychische Auffälligkeiten in der Familie oder Verwandtschaft. 1 x zeigte sich bei der Schwester des Vaters einer Patientin in deren Jugend den Symptomen der Nichte sehr ähnliche Zwangserscheinungen.

Beispiel 9:

Nr. d. K.G.: 1251/51

Die 13jährige Gabriele F. war schon immer ein ruhiges, ernstes Kind, sehr ordentlich, fast übergenu und streng religiös. Sie war immer eine gute Schülerin und ist jetzt in der 3. Klasse Oberschule. Mit 8 Jahren wurde sie erstmals durch eine Mitschülerin sexuell aufgeklärt, vor 2 Jahren wurde sie von einem älteren Mann sexuell belästigt. Über beide Erlebnisse kam sie ohne Schwierigkeiten hinweg. Vor 3 Monaten trat ihre Menarche ein. Etwa zur gleichen Zeit sah sie in der Schule unsittliche Zeichnungen an der Wand. Seit dieser Zeit drängen sich ihr sexuelle Zwangsvorstellungen auf, die allmählich so sehr überhandnehmen, daß sie durch ihr unschlüssiges Wesen im Elternhaus, aber auch durch das Nachlassen ihrer Leistungen in der Schule auffällt. Die sexuellen Zwangsvorstellungen nehmen immer mehr überhand und belasten sie schwerstens, da sie sie als sündhaft empfindet. Z. B. glaubt sie, beim Beten den Heiligen ins Genitale schauen zu müssen. Sie muß nunmehr den Kopf steil emporhalten, mit der Gegenvorstellung, nunmehr den Heiligen ins Gesicht zu schauen. Beim Essen erinnern gewisse Speisen ans männliche Genitale. Auf der Straße liegende Blätter seien "dinghafte Genitale", die in ihr eigenes Genitale eindringen usw. Allmählich entwickeln sich auch Zwangsgedanken auf nichtsexuellem Gebiet. So muß sie z. B. alle ihre Äußerungen in einem Gespräch analysieren, welche Ziele sie damit verfolge, ob sie nicht unrein seien usw. Darauf baut sich nun ein ganzes System von Gegenüberlegungen und Gegenhandlungen auf, die sie in jedem Tun sehr behindern. Sie kann nur noch nach einem bestimmten Schema auf der Straße laufen, oft sitzt sie stundenlang vor dem Essen, um dann plötzlich scheinbar gierig alles hinunterzuschlingen. Nach außen hin scheint es wie Ungezogenheit, mit nichts kommt sie mehr zurecht. Besonders schlimm ist es, wenn sie mit sich alleine ist. Weder Strenge noch Güte helfen. Oft ist sie ganz verzweifelt, weint händeringend. Das Verhältnis zum Vater, der es mit Güte versucht, wurde sehr distanziert, sie fühlt sich von ihm abgestoßen, obwohl sie ihn sehr liebt. Der Mutter kann sie sich eher anvertrauen, das Verhältnis zu

ihr bleibt herzlich, obgleich diese sehr streng ist.

In der Familie des Vaters waren zwei Suicide und eine Zwangskrankheit. Der Vater selbst leidet an vorübergehenden Depressionen.

Beispiel 10:

Nr. d. K.G.: 886/57

Die 17jährige Bernhilde K. ist das zweite von fünf Kindern. Sie hat eine harmonische Kindheit verlebt und hatte immer ein herzliches Verhältnis zu Eltern und Geschwistern. Nach der Schulentlassung blieb sie noch eineinhalb Jahre zu Hause bei der Mutter bis sie sich entschließen konnte, eine Stelle als Bürohilfe anzunehmen.

Mit 10 Jahren stiegen plötzlich Mordimpulse gegen die geliebte Mutter in ihr auf: "bringe sie um". Seitdem leidet sie über 7 Jahre hinweg unter der zwanghaften Wiederholung dieses Gedankens. Daraus leitet sich der zweite quälende Zwangsgedanke ab, nämlich, es "gibt keinen Gott", da er sie auf ihr Gebet hin nicht von dem ersten befreit hat. Dies habe sie "innerlich ausgehöhlt", sie fühle sich gehaßt, hasse und streite deshalb mit allen. Deshalb habe sie auch Selbstvernichtungstriebe, Suicidgedanken. Sie trifft wiederholt Suicidvorbereitungen mit demonstrativer Note.

Die Zwangsgedanken aggressiver Art führen zu Zwangsimpulsen ("jetzt tue ich es"), die im Entstehen unterdrückt werden, woraus dann wieder Angst und quälende Selbstwürfe resultieren. Seit einem halben Jahr hat sie plötzlich das Gefühl, sich verändert zu haben. Sie kommt sich selbst fremd vor, als ob sie gar nicht mehr existiere, nur noch eine "fleischige Hülle" sei, das Gesicht sei tot, sie kann nicht mehr richtig sehen. Dabei Zurücktreten, aber nicht völliges Verschwinden der Zwangsimpulse.

B. wirkt im ganzen unentschlossen, wenig kontaktfähig und recht uneinsichtig. Auffallend ist noch ihre gesteigerte Selbstbeobachtung und ihre stark ambivalenten Einstellungen. ("Die eine Seite von mir schreit ja, die andere nein", "wenn ich am heftigsten mit ihr streite, habe ich

meine Schwester am liebsten"). Teils wirkt sie verstockt, teils apathisch. Sie kommt sich interessant vor und wird doch von Schuldgefühlen geplagt. Anankastische und hysterische Züge stehen im Vordergrund der allgemeinen seelischen Fehlentwicklung des jungen Mädchens, das auch familiär belastet ist (Cousine ist Mörderin!).

Schwachsinn

7 Jungen und 4 Mädchen zeigten stärkere Minderbegabung (auch in der Hilfsschule nur sehr mäßige Leistungen) bis leichtere Grade von Debilität.

Dabei mußte 3 x ein frühkindlicher Hirnschaden, 1 x eine Erweiterung des III. Ventrikels und 1 x Epilepsie differentialdiagnostisch erwogen werden.

6 von ihnen wirkten schon vom äußeren Aspekt her als auch in ihrem ganzen Verhalten infantil.

4 waren Fürsorgezöglinge, 7 kamen aus sozial ungünstigem Milieu; in 3 Fällen fanden sich Neurosen oder Geisteskrankheiten in der Familie.

Auffällig gehäuft zeigten sich bei diesen Minderbegabten asoziale Züge:

5 waren arbeitsunwillig und auch nicht als Hilfsarbeiter oder in der Landwirtschaft zu gebrauchen.

3 waren Streuner,

alle 4 Mädchen und 1 Junge sexuell verwahrlost.

6 der Patienten waren verlogen,

4 hatten schon mehrere kleine Diebstähle verübt.

3 Mädchen und 1 Junge hatten einen S.V. hinter sich.

Ausgesprochen antriebsarm und allgemein entwicklungsgemindert waren 4 Jugendliche.

1 16jähriger zeigte Enuresis nocturna, 1 18jähriger stotterte.

Beispiel 11:

Nr. d. K.G.: 1932/52

Die 14jährige Margot M. kam als Frühgeburt zur Welt. Sie hat noch 3 gesunde Geschwister und hat sich, nach Angaben der erzieherisch völlig ungeeigneten Mutter, als Kleinkind normal entwickelt. Die erste Klasse Volksschule sollte sie repetieren, kam dann aber für drei Jahre in eine Lungenheilanstalt und mußte mit dem Schulbesuch aussetzen. Ein Versuch, sie dann in die zweite Klasse Volksschule zu schicken, mißlang, und sie kam in die Hilfsschule, wo sie auch nur sehr mäßige Leistungen zeigte. In dieser wurde sie zu einem Diebstahl von einem Radio und Kleidern etc. "verführt", und sie kam in eine Erziehungsanstalt. Dort bereitet sie viel Schwierigkeiten, weil sie sich überhaupt nicht einzuordnen vermag, wenig Kontakt zu den anderen Mädchen und da nur zu den schlechtesten findet. Sie droht wiederholt, aus dem Fenster zu springen, um die Entlassung zu erzwingen und weidet sich dann an der Aufregung der Schwester. Mit etwa 12 Jahren fand Defloration statt. Das Bildungsalter des verwahrlosten Kindes entspricht höchstens dem eines 8jährigen. Patientin antwortet auf die einfachsten Fragen aus Schul- und Erfahrungswissen mit: "Ja mei, des kann i ned." Auch Altgedächtnis und Merkfähigkeit sind völlig unzureichend und lückenhaft. Ihrem eigenen Verhalten steht sie völlig kritiklos gegenüber. Es dürfte sich bei M. um einen Schwachsinn vom Grade der Debität handeln, verbunden mit haltlosen, geltungssüchtigen und pseudologistischen Zügen.

Vor Klinikeinweisung wollte man sie eigentlich in die Berufsschule schicken!

Im EEG fanden sich geringe Zeichen einer verminderten Hirnaktion mit Neigung zu oberflächlichen Bewußtseins-trübungen.

Enuresis nocturna

Bei 6 Jungen und 4 Mädchen bestand Enuresis nocturna.

5 von ihnen hatten das Symptom seit ihrer Geburt. Die anderen 5 hatten es erst in ihrer späteren Kindheit wieder erworben. 2 von ihnen erwarben es bei übermäßiger körperlicher und psychischer Belastung auf der Flucht mit 5 bzw. 6 Jahren, es wurde fixiert und bis in die Pubertät hinein beibehalten. Bei den anderen 3 trat es erst während der Pubertät auf und muß als Protest gegen ein neues Milieu bzw. gegen die häusliche Ablösung angesehen werden.

3 Patienten näßten jede oder beinahe jede Nacht ein,
5 Patienten nur sehr selten, einigemale im Monat,
1 Mädchen regelmäßig nur einige Tage vor der Periode,
1 Junge näßte nur zu Hause ein.

Eines der Kinder war debil, 3 kamen aus verwahrlosten Verhältnissen.

2 15jährige steckten in einer offensichtlichen Entwicklungskrise (überstarke Mutterbindung, Gefühl von niemandem verstanden zu werden).

1 14jähriger ist aggressiv und schwer erziehbar.

Je einmal findet sich eine Koppelung mit Zwangssymptomen und mit psychogener Körperstörung.

Beispiel 12:

Nr. d. K.G.: 2208/54

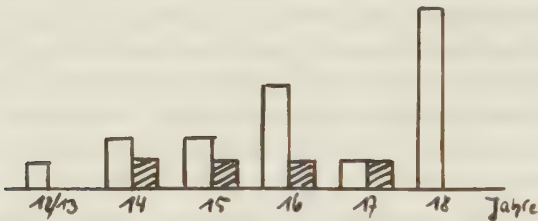
Der 15jährige Adrian B. - sensibel, lebhaft und überaus höflich - wurde bis zum 5. Lebensjahr von der Großmutter in Rumänien erzogen, die sehr gut zu ihm war und an die er sich noch gerne erinnert. Dann muß er mit der Mutter fliehen. Nach dem Krieg lebt er bei den Eltern in geordneten, aber sehr beengten Verhältnissen. Der Vater kommt aus dem Krieg zurück, ist sehr streng, schlägt ihn oft, wenn etwas nicht gleich so ist, wie er es möchte. A. kommt in die Schule, lernt in der ersten Klasse gut, dann fallen seine Leistungen ziemlich ab. Der Junge meint, daß ihm die Schläge des Vaters, der immer unzufrieden mit ihm sei, die Freude am Lernen genommen habe. Am Sonntag darf er nie zu anderen Kindern; wenn er zu Hause ist, ist er immer still und gedrückt.

Bald werden noch zwei kleine Schwestern geboren, die jetzt 6 und 7 Jahre alt sind und von den Eltern vorgezogen werden. A. ist eifersüchtig und fühlt sich zurückgesetzt. Ihn gäben die Eltern bestimmt gerne her. Er ist unglücklich zu Hause. Es sei ganz gleich, wohin er käme, wenn er nur nicht daheim sein müsse.

A. hat das nächtliche Bettnässen seit dem Kleinkindesalter nie ganz verloren. Doch trat es bei der Großmutter nur sehr selten auf, Patient meint, es sei sogar nie vorgekommen. Zum erstenmal tritt es häufiger auf, als er in die Schule kommt und gleichzeitig der Vater aus dem Krieg zurückkehrt. Es entsteht im Laufe der Zeit eine chronische Konfliktsituation mit dem Vater - und das Bettnässen hört zu Hause nie mehr ganz auf. Nur als er für zwei Monate zu sehr liebevollen Pflegeeltern nach Belgien kommt, die ihn viel loben, erfolgt überhaupt kein Einnässen. Wieder zu Hause und dann bei dem Meister nach Antritt der Lehrstelle, an der er keine Freude hat, erneut verstärktes Einnässen. Er wird deshalb entlassen.

Stehlen und Lügen - Kriminelle

Zahl: 21



17 Jungen und 4 Mädchen waren auffällig geworden durch krasse Verlogenheit und Stehlen.

Bei 8 Jungen und 3 Mädchen handelte es sich bei allgemeiner Verlogenheit um kleinere oder sog. Gelegenheitsdiebstähle.

Die Verhaltensweise der anderen 9 Jungen und des 1 Mädchens ist als kriminell, ihre ganze Haltung als asozial anzusprechen. Sie hatten mehrere, oft auch größere Diebstähle oder Unterschlagungen verübt, ein 16jähriger war in einer Schmugglerbande.

Unter dem Diebesgut waren von Strümpfen und Kleidern angefangen (meist bei Hausangestellten) über elterlichen Schmuck, Fahrräder (zur Realisierung der Abenteuerpläne) vorwiegend Geldbeträge zu nennen.

14 der Jugendlichen hielten es in keinem Arbeitsverhältnis aus, waren in keinerlei geregeltes Leben einzufügen,

7 (4 J. und 3 M.) streunten, .

5 waren sexuell verwahrlost.

7 neigten zu Gewalttätigkeiten und hemmungslosen, meist unmotivierten Zornausbrüchen, die sich vorwiegend gegen ihre Angehörigen oder Erziehungspersonal richteten.

6 der Jugendlichen hatten einen S.V. verübt, meist um

sich den Schwierigkeiten zu entziehen, die sich aus ihrem Verhalten ergaben.

4 Jugendliche klagten über psychogene Körperstörungen,

1 Junge ist kretinoid.

Bei 9 der Jugendlichen lag ein Milieuschaden deutlich vor, während 7 (ein Drittel!) aus einem bürgerlichen, geordneten Elternhaus kamen.

5 waren Fürsorgezöglinge.

6 sind durch Psychopathen oder Geisteskranke in Familie oder Verwandtschaft belastet.

Bei 2 Jugendlichen war eine überdurchschnittliche Intelligenz festzustellen, während 4 minderbegabt bis debil waren.

2 waren körperlich zurückgeblieben, 3 psychisch retardiert.

Beispiel 13:

Nr. d. K.G.: 747/53

Der 18jährige Werner J. wurde vom ersten Lebensjahr an von der Großmutter erzogen, die dem Jungen schon seit Jahren nicht mehr gewachsen ist. Sein Vater ist tot, die Mutter kümmert sich nicht um ihn.

Mit etwa 15 Jahren litt er an vasomotorischen Kollapszuständen nach durchtanzten Nächten. Seit etwa drei Jahren macht er immer wieder Betrügereien und kleinere Diebstähle, um sich Geld für seine Ausschweifungen zu beschaffen. Deshalb verliert er die Lehrstelle, wenige Wochen vor der Gesellenprüfung, kommt in eine Erziehungsanstalt. Nach der Entlassung nimmt er keine Arbeit an, da ihm nichts gut genug bezahlt erscheint. Er lebt nur auf Kosten der Großmutter, kommt betrunken nach Hause, bedroht sie, will alles kaputtschlagen. Er stiehlt ein Fahrrad, macht laufend Betrügereien mit Geld, um sich mehr leisten zu können und von den Kameraden, die finanziell besser gestellt sind, nicht abzustechen. Er ist verlogen, frech und aufsässig, treibt sich bis in die Morgenstunden mit Mädchen herum. Schließlich unternimmt er einen S.V. bei Radiomusik, wobei durch das ausströmende Gas Mitbewohner gefährdet werden (Motiv: er finde keine Arbeit).

W. spielt den eleganten Jüngling, mit mädchenhaften, schuhcremegefärbten Locken. Er ist überheblich, arbeitsscheu, zeigt - bei guter Intelligenz - weder Kritik noch Reue über sein Treiben. Er ist in seinem ganzen psychischen Verhalten noch völlig unreif, zeigt keinerlei ethische oder moralische Wertbildung. Er ist haltlos, verlogen, geltungssüchtig.

Beispiel 14:

Nr. d. K.G.: 1855/56

Hermann S. kommt aus einem erzieherisch recht ungünstigen Milieu. Die Eltern sind geschieden, leben aber noch in der gleichen Wohnung. Es gibt viele heftige Auftritte. Der Vater interessiert sich kaum für ihn. Die Mutter ist nervös, macht einen hysterischen und eigenartigen Eindruck. Bis

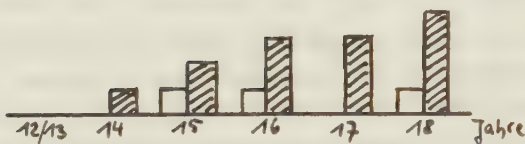
zum 5. Lebensjahr war H. Bettnässer. In der Schule war er ein recht mittelmäßiger Schüler, immer ein Störenfried, schwänzte so oft es ging. Vier vergebliche Versuche an Oberschulen, wo er immer wegen Streichen und Versagens entlassen wurde.

H. fällt immer wieder durch seine krasse Verlogenheit, seine Pseudologismen auf. Seit dem 11. Lebensjahr entwendet er immer wieder, besonders zu Hause, kleinere Geldbeträge, die er mit Kinobesuchen und sonstigen Vergnügungen mit Freunden durchbringt. Er selbst sagt, er tue dies nur, weil die Eltern ihn so enttäuscht hätten. Mit 10 Jahren brennt er zum erstenmal von zu Hause durch. In letzter Zeit ist es besonders schlimm mit ihm. Er streunt häufig, kommt auch nachts nicht nach Hause, schwänzt Lehre und Schule. Man könne ihm kein Wort mehr glauben. Er ist frech und aufsässig, traut sich aber andererseits oft aus lauter Angst nicht mehr heim. H. selbst sagt, er leide unter einem Wurschtigkeitsgefühl, und er wisse nicht mehr, was mit ihm geschehe. Er grämt sich sehr über das unerfreuliche Zuhause, möchte "Eltern, wie andere Kinder auch". Er unternimmt einen S.V. mit Schlaftabletten, fügt sich gleichzeitig Schnittwunden am Handgelenk bei, weil er keine Freude am Leben mehr habe und für ihn "alles keinen Zweck hat".

H. ist schlecht kontaktfähig. Er unterliegt intensiven Stimmungsschwankungen, die von Depressionszuständen mit Selbstanklagen bis zu Indolenz und Ausgelassenheit reichen, von psychogenen Erregungszuständen bis zu völliger Gleichgültigkeit. Sehr wesentlich ist seine Willensschwäche mit der Unfähigkeit, sich Vergnügen oder Genuß zu versagen. Das Gefühl, von den Eltern lieblos und interesselos behandelt worden zu sein, verdichtete sich bis zum psychischen Trauma. Es ist dabei wohl so, daß die Milieuschäden auf eine an sich abnorme Persönlichkeit getroffen sind mit asozialen und pseudologischen Tendenzen, deren lebhaftes Geltungsstreben durch den Versuch der Kompensation der selbstgefühlten Inferiorität erklärt wird. Sein häufiges Streunen muß als Protestreaktion gegen das häusliche Milieu sowie als gewisse Abenteuerlust aufgefaßt werden.

Sexuelle Verwahrlosung

Zahl: 16



Unter den sexuell Verwahrlosten sind naturgemäß die Mädchen in einer weit größeren Zahl auffällig, da das diesbezügliche Verhalten besonders der älteren Jungen viel weniger erfaßt werden kann.

Es sind hier nur solche Fälle aufgeführt, bei denen allgemeine moralische Haltlosigkeit mit gehäuften, regellosem G. V. bei wiederholtem Wechsel des Partners anamnestisch erhoben wurde.

Dies war bei 3 Jungen und 13 Mädchen der Fall.

Meist lag der Beginn der sex. Verwahrlosung in einem früheren Alter als es der Klinikeinweisung entsprach:

Bei dem 18jährigen und dem 16jährigen Jungen beidemale im 15. Lebensjahr.

Bei den Mädchen 2 x im 14., 2 x im 15. und 1 x im 16. Lj.

4 der Mädchen waren in jeder Hinsicht als asozial anzusehen,

5 der Jugendlichen waren durch Diebstähle und Lügereien aufgefallen,

bei 4 traten nur ihre besonders krassen Lügereien hervor.

8 der Mädchen waren wiederholt aus Heimen oder von zu Hause durchgebrannt und sind als Streunerinnen zu bezeichnen.

7 entziehen sich jeder geregelten Arbeit.

5 Mädchen sind stark erregbar mit Neigung zu heftigen Protestreaktionen und Aggressionen.

- 1 15jähriger Junge und 5 Mädchen hatten S.V. verübt.
- 5 Mädchen sind minderbegabt, weitere 2 debil.
- 2 Mädchen sind ihrem ganzen Wesen nach infantil ("wo kommen die Kinder her?" - "Weiß ich noch nicht").
- 1 Mädchen ist auffallend körperlich retardiert.
- 2 Mädchen hatten in ihrer Kindheit sex. Traumata erlitten.
- 8 Mädchen waren Fürsorgezöglinge.
- 7 Jugendliche kamen aus erzieherisch recht ungünstigem Milieu,
- 2 stammen aus ordentlichen Verhältnissen.
- 5 waren ledig geboren.

Belastung durch psychopathische oder geistesranke Familienangehörige lag 6 x vor.

Zu der vorigen Gruppe zuzurechnen sind die

Sexuell Perversen

Zahl: 8

- 6 Jungen (3 18jährige, 1 17jähriger, 1 16jähriger und 1 13jähriger) standen in homosexuellen Beziehungen,
1 17jähriger Junge war Exhibitionist und
1 16jähriges Mädchen Transvestite mit homosexuellen Neigungen.

Nur ein Teil von ihnen war deshalb bereits mit dem Gesetz in Konflikt gekommen, während die anderen bei der ärztlichen Aussprache spontan von ihren Verirrungen berichteten.

Nur 2 gaben an, schon in ihrer Kindheit öfters sexuelle Spielereien mit Gleichgeschlechtlichen betrieben zu haben, während 3 sich durch ein in der Kindheit erlittenes sexuelles Trauma belastet fühlten.

Intelligenzmäßig zeigte sich, daß ein 18jähriger als überdurchschnittlich, ein 16jähriger und der 17jährige Exhibitionist als unterdurchschnittlich begabt zu bezeichnen sind.

Körperlich retardiert waren 2, im psychischen Verhalten weitgehend infantil 1 Junge (16 Jahre).

2 Jungen waren Einzelkinder, 3 kamen aus einem gutbürgerlichen, geordneten Milieu und 2 waren Fürsorgezöglinge.

Es zeigte sich folgende Kombination mit anderen Störungen:

- 4 waren schwer depressiv, was hauptsächlich als eine Reaktion auf die sie selbst bedrückende abnorme sexuelle Haltung angesehen werden darf,
2 zeigten allgemein eine deutlich gestörte Umweltbeziehung,
3 hatten einen S.V. verübt,

2 klagten über psychogene Körperstörungen,

2 zeigten krasse Verlogenheit und

nur die 16jährige Transvestite streunte und war allgemein
verwahrlost.

Familiäre Belastung durch Geisteskrankheit war 1 x vor-
handen.

Beispiel 15:

Nr. d. K.G.: 587/55

Der 18jährige Herbert W. verlebte seine frühe Kindheit als zweiter von drei Geschwistern in guten familiären Verhältnissen. Immer hing er mit besonderer Liebe am Vater, dessen erklärter Liebling er war, während zur Mutter nie ein herzliches Verhältnis bestand. Als er fünf Jahre alt war, wurde er längere Zeit von einem Knecht mißbraucht. Als der Junge sechs Jahre alt war, wurde der Vater von den Russen erschlagen, die Familie mußte fliehen und wurde für viele Jahre auf einen Einödhof verschlagen. Dort wuchs H. fern von anderen Jungen unter lauter kleinen Mädchen auf, spielte mit ihnen, lernte stricken usw. und fühlte sich allmählich selbst ganz als Mädchen. Es kam wiederholt zu sexuellen Spielereien mit den Mädchen, später auch - noch bis zum Alter von 15, 16 Jahren - mit einem älteren Pferdeknecht. Erst als er mit 11 Jahren ins Gymnasium und Internat kam, wurden ihm durch die Kameraden seine "weibischen Eigenschaften" bewußt gemacht, was ihn noch heute "einen harten Kampf kostet". Es fiel ihm dort schwer, Anschluß zu finden, er war oft schwermütig, ein Sonderling, schwärmte für Gedichte und Musik. Er onanierte sehr viel und machte sich dann immer große Vorwürfe. Wenn seine Kameraden von ihren Mädchen sprachen, waren ihm deren Reden peinlich.

Mit 16 Jahren lernte er einen um zwei Jahre älteren Jungen kennen, in den er sich heftig verliebte, ohne daß es zu sexuellen Handlungen kam. Nach der Trennung war er lange depressiv, hatte zu nichts mehr Auftrieb, aß nur noch wenig, die Schulleistungen ließen nach. Dies dauerte an, bis er vor einem halben Jahr wieder eine starke Zuneigung zu einem Banknachbarn faßte. Es kam zu kleinen sexuellen Spielereien in der Schule, doch merkte er bald, daß ihm dies nicht genüge. Er wollte "den Freund küssen, ihn ganz besitzen". Er wagte jedoch nicht, ihm dies zu gestehen. Die Erfüllung seines Wunsches und seine ganze Lage kam ihm so hoffnungslos vor, er fühlte sich von allen durchschaut, aus der Gemeinschaft ausgestoßen, daß er beschloß, sich das Leben zu nehmen. Nachdem er in einem Abschieds-

brief dem Freund seine "Liebe" gestanden hatte, ging er, um sich unter einen Zug zu werfen, zum Bahndamm, wo er von seinen Kameraden gefunden wurde.

H. wirkt in seinem ganzen Wesen gehemmt, zurückhaltend und bedrückt. Die Freunde, in die er sich verliebt, sind sehr lustige, selbstbewusste Jungen, gute Sportler, die alle besondere Chancen bei Mädchen haben. Er selbst meint, sie seien etwa der Typ, der er gerne sein möchte. Er selbst fühlt sich nicht vollwertig in seiner Männlichkeit. Bei einem Streit weicht er tätlichen Auseinandersetzungen aus, selbst wenn er sich dadurch von den anderen verachtet weiß. Über sein Verhältnis zu Mädchen sagt er: "Hier stecke ich noch in den Kinderschuhen. Wenn es um das Geschlechtliche geht, dann schäme ich mich. Dies will ich stets allein, geheim, höchstens zu zweit tun, aber mit Gleichgeschlechtlichen. Ich habe gar kein Verlangen nach Mädchen, aber wie schnell kann mich ein Mann aufwallen. Ich komme mir unter Jungen genauso vor, wie ein Gleichgeschlechtlicher unter Mädchen. Ich bin eine ganz große charakterlose Null."

H. leidet sehr unter seinem Anderssein, weint viel und ist depressiv. Er ist aufgeschlossen und möchte sich gerne helfen lassen.

Beispiel 16:

Nr. d. K.G.: 548/56

Die 16jährige Maria H. kommt aus ärmlichen, aber geordneten Verhältnissen. Schon als Kind war sie ein richtiger "Rowdy", trieb sich am liebsten bei wilden Spielen mit Buben herum, Mädchen waren ihr zu zimperlich. Die Schulleistungen waren mäßig. Ihr Lieblingssport: Boxen, Reiten, Fechten. Nach der Schulentlassung wurde sie besonders flegelhaft, trieb sich viel in Kneipen herum, rauchte und trank. Mit den Eltern hatte sie kaum mehr Kontakt, "weil sie mich wie einen Sklaven behandeln". Schon zweimal war sie wegen ihrer Burschikosität in Beobachtung. Eineinhalb Jahre arbeitete sie nach der Schule noch in der Fabrik. Dann brannte sie durch. Man griff sie auf, sie kam in ein

Erziehungsheim, aber immer wieder entwich sie. Fast immer vagabundierte sie per Anhalter in Männerkleidung herum. Meist fuhr sie nach Hamburg, wo sie ein abenteuerliches Leben führte, wochenlang auf Parkbänken, in U-Bahn-Tunnels schlief. Sie arbeitete als Hehler, als Kellner im Dirnenviertel, als Schreinergehilfe und als Verkäufer pornographischer Photographien. Mit 14, 15 Jahren hatte sie die ersten sexuellen Erlebnisse mit Männern, die ihr ausgesprochen widerlich waren, kein Orgasmus. Plötzlich überkam sie "eine komische Leidenschaft zu Frauen", vor allem zu einem ganz bestimmten dunkelhaarigen Typ. Sie drängte eine 32-jährige Kollegin zu einem Verhältnis mit ihr, das längere Zeit bestand. Während ihrer Vagabundage hatte sie angeblich keine sexuellen Beziehungen, "die Weiber waren mir zu schmutzig". Im Erziehungsheim, wo sie stets Männerkleidung trug und sich am liebsten "Egon" nennen ließ, ging sie erneut homosexuelle Beziehungen ein, die Mädchen waren nach ihrer Aussage "wie toll" nach ihr. Sie selbst sagt: "Ich möchte Frauen gerne haben, sie hüten, pflegen, ihnen schmeicheln." Für Männer habe sie gar nichts übrig. Sie will nie heiraten. Von Hausarbeiten bekomme sie Kopfschmerzen. Sie möchte unbedingt einen Beruf, in dem sie alle ihre Kräfte auslassen kann, Automechaniker o. ä.

Maria ist voll entwickelt, jedoch wenig weiblich, von athletischem Habitus. Sie hat breite Schultern, kräftige Muskulatur. Ihre Menses bekam sie mit 14 Jahren, Periode zwischen 14 Tagen und zwei Monaten, Dauer meist zehn Tage.

Ihr ganzes Benehmen wirkt maskulin. Sie hat grobe Bewegungen, eine plumpe Sprache. Auch affektiv zeigt sie jugendhafte Reaktionen. Sie packt bei jeder schweren Arbeit an, ist in keiner Weise verdrückt, gibt offen über ihre lesbischen Neigungen Auskunft. Sonst zeigt sie keine psychischen Abweichungen, keine Mängel der Intelligenz.

II. Teil:

Besprechung der Ergebnisse

Zur Methode:

Aus den bisherigen Ausführungen tritt deutlich zutage, wie schwierig es ist, die zahlenmäßig und statistisch erfaßten und zusammengestellten Gruppen tatsächlich gegeneinander abzugrenzen bzw. gegenüberzustellen. Es finden sich bei den meisten Symptomen Überschneidungen der mannigfachsten Art, die - abgesehen von noch zu besprechenden Ausnahmen, z. B. bei den Zwangskranken - bei der Zahl unserer Patienten in einem nicht als typisch zu bezeichnenden Streuungsverhältnis liegen. Wohl gibt es "Einweisungsgründe", wohl Kardinalsymptome, die für die Patienten oder deren Umgebung besonders eindrucksvoll im Vordergrund stehen; forscht man aber weiter nach, so stehen mannigfache äußere oder innere Konflikte und Fehlhaltungen dahinter, die durchaus nicht für das Leitsymptom spezifisch sind. Es dürfte dies aus den bisher angeführten Zahlen deutlich werden, besonders an dem, was an "Nebensymptomen", "Ursachen", "kindlichen und sozialen Schwierigkeiten" bei den verschiedenen Gruppen aufgezeichnet wurde.

Da hier nicht verallgemeinert werden soll, muß eingeräumt werden, daß bei einem weit größeren Untersuchungsmaterial vielleicht die eine oder andere typische Zuordnung bestimmter Symptome und Erscheinungen gefunden werden kann, in unserer Untersuchung jedoch ist das im allgemeinen nicht möglich.

Gerade aber dieses weitgehende Fehlen von gesetzmäßigen Reaktionsweisen ist es, was das eigentlich Dynamische in unserer Problemstellung ausmacht. Es gibt in der Reihe unserer Patienten keine obligaten Noxen, die diese oder jene Reaktion bzw. Fehlhaltung mit Notwendigkeit auslösen würden. Immer ist es der ganz einmalige, besondere Mensch, der reagiert, der zur Selbstfindung und Selbstverwirklichung kommen muß, in individueller, unterschiedlicher Reifung, über bestimmte Entwicklungsschritte hinweg und durch

entsprechende Krisen hindurch.

Es soll nun anhand unserer Ergebnisse und unter Beiziehung einschlägiger Literatur versucht werden, aus unserem bisher rein deskriptiven Material einige sich in immer wieder neuen Variationen wiederholende Grundhaltungen in ihren jeweiligen Abwandlungen bzw. in ihren verschiedenen Äußerungsformen aufzudecken und in Verbindung mit der ganz persönlichen Situation unserer Patienten, aber auch im Zusammenhang mit dem allgemeinen Pubertätsgeschehen zu verstehen.

Bei rund einem Drittel unserer Patienten traten entweder als Hauptsymptom oder in Begleitung anderer Erscheinungen psychogene Körperstörungen auf und zwar in annähernd gleicher Verteilung zwischen Jungen und Mädchen.

Erwägt man, welche zentrale Umwälzungen die physiologischen Vorgänge des Körpers in diesen Jahren des allgemeinen Entwicklungsanstieges, der hormonellen Umstellung, der allgemeinen Steigerung des Stoffwechsels und Wachstums erfahren, so ist zwanglos daraus auch psychisch die besondere Hinwendung auf Körperliches zu verstehen.

Zum anderen können, wie v. WEIZSÄCKER betont, beim Durchstehen und Bewältigen konflikthafter Krisen sich körperliche, seelische und geistige Fakten und Bereiche jeweils vertreten. Auch können, insbesondere in den Neurosen, Lebensaufgaben und Konflikte auf einer anderen bzw. niederen Stufe zu lösen versucht werden, als auf der sie gestellt wurden. Schon PAWLOW kam aus ganz anderen Problemstellungen her zu der allgemeinen Aussage, daß ein Erlebnis einen Leibesvorgang auszulösen vermag. So können sich, wie KOLLE betont, alle Leibgefüge am seelischen Erleben beteiligen. Der ganze Körper ist ein Werkzeug der Seele, wobei die "Sprache der Organe" und ihr jeweiliger Ausdruckscharakter in den psychogenen Körperstörungen sich besonders sinnfällig darstellt. Klagen die jungen Patienten über "Gangunsicherheit", "Sehstörungen", "Herzbeschwerden" - so ist diese Organsprache, fern aller theoretischen

Deutung so eindrucksvoll, daß sie aus sich selbst heraus die ganzen Nöte der Pubertät darstellt. Man weiß noch nicht, "wie es gehen soll", - man sieht noch nicht, was Wirklichkeit, was Traum, das Herz ist einem schwer - alles wird geahnt, aber noch in quälender Unverbundenheit und Ungewißheit erlebt. Die Neigung zu Verkrampfungen, Zuckungen, Schwindelgefühl ist zwanglos aus dieser Haltung zu verstehen.

Schließlich erwähnt FRIEDEMANN, wie sehr in Krisenzeiten alte Konflikte wieder in Kettenreaktionen auftreten, die sich in verwandter Symbolik äußern, und er führt dabei Eßschwierigkeiten, Verdauungsstörungen, Erbrechen, Appetitmangel an, Störungen also, die schon beim Kleinkind auftreten können. In der kindlichen Anamnese unserer Patienten finden sie sich jedoch mit einer Ausnahme nicht.

KRETSCHMER und v. WEIZSÄCKER weisen auf das häufige Zusammentreffen von körperlicher und seelischer Unreife bei Organneurosen hin. KRETSCHMER berichtet dabei über Untersuchungen von 50 Patientinnen einer Frauenklinik, von denen 47 mindestens ein somatisch sichtbares hypoplastisches Zeichen, 40 Genitalhypoplasien aufwiesen, während das bei unneurotischen Vergleichspersonen nur in 6,7 % der Fälle war. Von unseren 71 Patienten sind 6 körperlich retardiert, eine Zahl, die vielleicht etwas höher liegt als in den anderen Symptomgruppen, irgendeinen Schluß erlaubt sie jedoch nicht, zumal keine genaueren, z. B. gynäkologischen Untersuchungen angestellt wurden. Dagegen sind rund 1/4 psychisch retardiert, eine Zahl, die nur von den Schwachsinnigen (allgemeine Entwicklungshemmung) übertroffen wird und sich etwa gleichstark bei Fortläufern und Zwangs-kranken findet. Bei S.V. tritt sie mit nicht ganz 1/6 und bei den Kriminellen mit nur 1/8 dagegen auffallend zurück.

Auffallend erscheint bei den psychogenen Körperstörungen noch die häufige Verknüpfung mit depressiver Verstimmung (29 x) und Kontaktstörungen (10 x) und das relative Zurücktreten von Streunen, Lügen und Stehlen gegenüber den anderen Gruppen.

Was an auslösenden Ursachen eruiert werden konnte, wie

Fehlleistungen, Überforderung, Protesthaltung, Liebeskummer u. a. ist, wie schon früher betont, im wesentlichen unspezifisch und findet sich in ähnlicher Zuordnung auch bei den anderen Fehlhaltungen.

Wenn 16 unserer Patienten "psychogene Anfälle" zeigen, so ist neben der "Körperstörung", als die sie sich äußern, die Tendenz sich darzustellen besonders zu beachten. BAMBERGER und MATTHES führen aus, daß die "grande hystérie" mit ihren klassischen Anfallsbildern heute kaum mehr gesehen wird, wohl aber werden hysteriforme Entgleisungen und Symptombildungen im Kindes- und Jugendalter relativ häufig beobachtet. Es ist in diesem Alter die Tendenz zur drastischen Darstellung noch lebendiger erhalten, während steuernde und hemmende psychische Mechanismen noch nicht voll ausgebildet sind. CIMBAL kennzeichnet diese Anfälle z. T. als "Erfolgsneurose des seelischen Kampfes", die aus einer inneren Zwiespältigkeit entstehen, zum anderen als "Ausdrucksneurosen der Abwehr gegen Lebensforderungen" und sieht dabei eine gewisse Verbindung zu den respiratorischen Affektkrämpfen des Kindesalters. Auch hier wird - wie bei den psychogenen Körperstörungen - mit der Konversion ins Körperliche ein Ausweg gefunden, der es oftmals ermöglicht, unbewußte Wünsche symbolisch zu ventilieren und zu verwirklichen und Geltungsbedürfnis und Kontaktverlangen durch die Reaktion der Umwelt zu befriedigen. Daß es besonders Mädchen sind, die in der Pubertät hysteroid anfallsartige Bilder zeigen, belegt auch unsere Untersuchung, wo von den 16 Anfällen 13 auf Mädchen und nur 3 auf Jungen treffen.

Zusammenfassend führt BLUM folgende Gruppen ursächlicher Faktoren an: Schockerlebnisse, wie Schreck u. dgl., Erschöpfung, Übermüdung und Überforderung, langdauernde heftige affektive Spannung, verdrängte und mit Hemmungen verbundene starke Sexualspannungen, sowie Milieubelastung, besonders im Sinne der Prägekraft von Vorbildern und Umwelt bei der Ausbildung hysteroider Reaktionsweisen.

Diese pathogenetischen Faktoren konnten auch in unseren Fällen immer wieder beobachtet werden, häufig in einem gegenseitigen Ineinandergreifen. Sie finden sich in ähnlicher

Zuordnung aber auch bei den anderen Symptomgruppen.

Mit knapp einem Drittel aller Fälle treten die Suicidversuche nächst den Körperstörungen in besonderer Häufigkeit auf. Die Mädchen führen mit 45 S.V. weitaus gegenüber den Jungen mit 18 S.V. Dabei ist bei Jungen und Mädchen ein paralleler Anstieg mit zunehmendem Alter deutlich, so treffen allein 29 S.V. auf die 18jährigen (21 Mädchen und 8 Jungen). Jedoch finden sich auch bei den 12/13jährigen schon 4 S.V.

Wie G. SCHMIDT betont, ergibt das Zusammentreffen der äußeren und der aus der Persönlichkeit erwachsenden Schwierigkeiten mit den Problemen der Pubertät die typische Selbstmordkonstellation dieses Alters. Die körperliche und seelische Umwälzung ist gewöhnlich Ursache, der von den Betroffenen genannte Beweggrund aber das Motiv der Tat. Dabei ist auffällig, wie geringfügig die angegebenen Beweggründe in der Mehrzahl der Fälle sind. Hierbei ist außer der nur vorgeschobenen Vordergründigkeit des Motivs die für den Jugendlichen so typische Wert- und Bedeutungsverschiebung in Betracht zu ziehen. Hand in Hand damit geht die überstarke Verletzlichkeit, Beeindruckbarkeit und geringe seelische Widerstandsfähigkeit dieses Alters. Wenn SCHMIDT betont, daß es vor allem Verletzungen des Ehrgefühls sind, gleichgültig von wem sie ausgehen, mit denen die Heranwachsenden am wenigsten fertig werden, so stimmt dies mit unseren Ergebnissen durchaus überein und ist vorwiegend hinter den Motiven "Streit", "Kündigung", "Angst vor Strafe oder Erziehungsheim" zu suchen.

Schon an zweiter Stelle steht hinter "Streit" als Motivangabe "Liebeskummer", was im ganzen 12 mal und zwar nur von Mädchen angegeben wird. Ein für die Pubertät so bezeichnendes Gefühl der Einsamkeit und Unverstandenheit, verbunden mit sentimental und romantischen Vorstellungen, ein typisch jugendlicher Totalitätsanspruch des "Alles oder Nichts" trifft sich hier mit ersten Enttäuschungen und Brüskierungen. Aber auch überspitzte Forderungen an sich selbst, Gefühl der eigenen Machtlosigkeit - der ganze Pubescentendaseinsschmerz mit seinen seelischen Gleichgewichtsstörungen sind ein Nährboden für suizidale Gedanken

und Handlungen.

Nicht zu übersehen ist auch jene Haltung, wie sie in unseren Fällen der geschilderte Rolf H. repräsentiert, bei der aus einer noch nicht überwundenen kindlichen Trotzhaltung heraus, bzw. in einem noch ganz naiven Erzwingenwollen durch den S.V. die Umwelt unter Druck zu setzen versucht wird, um bestimmte Ziele zu erreichen. Hier ist der S.V. von vorneherein nicht eigentlich ernst gemeint und die Tragweite der Tat wird nicht übersehen. Dies ist besonders bei den noch jüngeren Altersgruppen zu finden.

So sehr hier in vielen Fällen die Pubertätssituation als maßgebend zu bezeichnen ist, so ist doch in anderen Fällen nicht zu übersehen, daß hinter den oft gleichlautenden Motiven eine psychopathische Dauerverfassung von Bedeutung ist, die schon auf geringfügigste Anlässe hin mit überschießenden Primitivreaktionen und Selbstvernichtung antwortet. Der Fall von Therese B. scheint in diese Gruppe zu gehören.

Wenn MORGENTHAUER als Hauptzüge seiner Selbstmörder bezeichnet: einen Zug zum Radikalismus, zum Entweder-Oder, Unsicherheit und Ambivalenz, Aggressivität, depressive Züge verschiedener Art, Hypersensibilität, herabgesetzte Anpassungsfähigkeit, Hyperaffektivität, Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle, Racheimpulse und Triebhaftigkeit, Angst und moralische Enthemmung, so sind dies Züge, die sich bei unseren Patienten wiederfinden. Dabei ist dies aber nicht von vornherein im Sinne einer neurotischen Haltung zu verstehen, sondern bei unseren Jugendlichen durchaus auch aus der typischen Affektlage der Pubertät wertbar. Gerade hier muß nochmals betont werden, wie die Pubertät gar nicht ausdrücklich genug als Ausnahmesituation verstanden werden darf.

50 unserer Patienten gehören zur Gruppe der Fortläufer, davon sind 25 Jungen und 25 Mädchen. Der altersmäßige Gipfel liegt bei 16 und 17 Jahren, und zwar gleichermaßen bei beiden Geschlechtern, absolut führend sind die 17jährigen Jungen (9 !). Der Beginn ihres Streunens liegt aber meist wesentlich früher, in 7 Fällen zwischen 10 und 12 Jahren, also in der Präpubertät. Wenn WIESENHÜTTER feststellt, daß sich das Symptom am häufigsten am Übergang von Kindheit und Jugendalter, also zu Beginn des zweiten Gestaltwandels findet, und ein schlagartiges Aufhören mit dem Eintritt der eigentlichen Pubertät bestehe, wenn mit den vollen Entwicklungsjahren die Onanie getätigt wird oder bei den Mädchen die Menstruation einsetzt, so deckt sich das nicht mit unseren Ergebnissen.

Wieder ist keine einheitliche Ätiologie feststellbar. Eine besondere Rolle spielt hier die diesem Alter noch mangelnde soziale Anpassung. Die soziale Reifung als "Totalprozeß der seelischen Entwicklung", das Fußfassen in einer bestimmten Gesellschaft ist noch nicht vorhanden. Statt dessen findet sich einerseits ein Gefühl des Losgelöstseins durch das Hineingestelltsein in eine fremde Umgebung am Arbeitsplatz, im Lehrlingsheim etc. Andererseits aber die ganze Protesthaltung gegen jegliche Bindung, gegen alles, was den nun stark zur Entwicklung kommenden Selbstständigkeitsdrang zu behindern vermöchte. Dazu kommt neben der allgemein gesteigerten Motorik, Übersteigerung der affektiven Labilität, als charakteristischer Faktor die Abenteuerlust, die Sehnsucht irgendwo, nur nicht in den Fesseln der realen Situation, Neues, ganz und gar Andersartiges zu erleben. Man möchte überall dabei sein und kann nirgends bleiben. Hand in Hand damit gehen die weltflüchtigen Tendenzen dieses Alters, das Insichversunkensein, das Abgewandtsein.

Bei 9 Mädchen und 6 Jungen ist besonders ihre asoziale Haltung auffällig, immer verbunden mit Lügenhaftigkeit, Betrugereien und Diebstählen. Sie zeigen Neigung zu Kurzschlußreaktionen, Wut- und Zornausbrüchen, sind reizbar und aufsässig. 5 der 9 Mädchen sind sexuell haltlos. 9 der 15 Patienten kommen aus ungünstigen Verhältnissen, bei 12

ist das Fortlaufen unmittelbar aus ihrer Verwahrlosung zu verstehen, sie reißen immer wieder aus den Erziehungsanstalten aus, in deren Gemeinschaft sie sich nicht einzugliedern vermögen. Ihre verschiedenen Delikte lassen sie aus Angst vor Strafe kurzschlußhaft weglaufen, sie versagen am Arbeitsplatz, in der Schule, und die jeweilige Reaktion darauf ist Fortlaufen, das in Streunen und Herumvagabundieren ausartet.

Die psychische Situation der eigentlich Abenteuerlustigen ist anders. Auch ihnen eigen ist eine mangelnde Realitätsanpassung, aber auf dem Boden von idealistischen Vorstellungen, von Träumereien. Unter ihnen finden sich die mit dem großen Selbstständigkeitsstreben, dem Drang nach draussen. Ihre Diebstähle haben den einen Sinn, dieses Ziel zu verwirklichen (Fahrrad, alte Autos, Geld für Fahrkarte). Ihre Lügereien sind pseudologistisches Fabulieren. Haben sie die Fesseln der Familie, der gewohnten und nun viel zu eng gewordenen Umgebung abgeschüttelt, so sind sie ohne weiteres imstande, unter viel primitiveren Verhältnissen als zu Hause zu arbeiten. Ihre Protesthaltung richtet sich gegen alles, was sie in ihrem Abenteuer- und Freiheitsdrang hindert. Der Drang, aus der Gehemtheit und Gebundenheit herauszukommen, ist innig verbunden mit phantastischen Vorstellungen, einer ganz ungerichteten Sehnsucht nach Ungebundenheit und Ferne. Zu ihnen gehören auch die Verschlussenen und Träumer, die Einzelgänger und recht oft Kontaktgestörten. Sie haben Angst vor der Zukunft, träumen von einer besseren Welt außerhalb der Großstadt mit dem "sinnlosen Nebeneinanderherlaufen vieler Menschen". Sie sind oft depressiv mit Neigung zu Selbstvorwürfen und Insuffizienzgefühlen.

Abzugrenzen von den bisher aufgeführten sind 5 unserer Patienten, bei denen sich dranghaftes Fortlaufen mit Neigung zu psychogenen Dämmerzuständen verbindet und von denen 2 als poriomane Zustandsbilder diagnostiziert wurden. Die beiden letzteren sind retardiert und waren schon in der Kindheit auffällig (Streunen, Bettnässen, Nägelbeißen). Bei dem einen findet sich noch Zwangslachen und -weinen, bei dem anderen Neigung zu Kurzschlußhandlungen. Beide

stammen aus geordnetem Milieu.

Ein Zwangssyndrom zeigen 19 Patienten, deren Anamnese im übrigen nicht wesentlich von der unserer anderen Jugendlichen abweicht.

Bemerkenswert ist, daß ein Viertel der Patienten gut bis überdurchschnittlich begabt ist, während nur ein Minderbegabter darunter zu finden ist. Dies trifft sich mit den Ergebnissen von HOMBURGER und PARNITZKE, daß man Zwangsvorgänge in unserem Sinne bei tiefstehenden Idioten und Menschen auf früher Entwicklungsstufe nicht finden könne. Weiter fand sich, daß rund die Hälfte der Patienten ausgesprochen empfindsam, sensitiv und selbstunsicher waren. 5 waren schon als Kinder übermäßig pedantisch, 8 streng religiös. Besonders hervorstechend ist auch die Neigung zu depressiver Verstimmung, die rund 2/3 der Zwangskranken zeigen.

Auch hebt sich besonders ab, daß im Vergleich zu den meisten anderen Gruppen auffallend wenige, nämlich nur 3 aus ungeordneten Verhältnissen stammen, während die Mehrzahl eine ordentliche, soweit sich das anamnestische erheben läßt, wohl oft übergenaue, ehrgeizige und autoritäre Erziehung erfuhr. Pedanterie und unterdrückte Opposition treffen sich hier immer wieder mit einer gewissen Hyper sensibilität.

Daß gerade diese unterdrückte Opposition vielfach eine Rolle spielt, wird in den Inhalten der Zwänge deutlich.

Es kommen bei unseren 19 Patienten 6 mal starke Aggressionen, meist gegen geliebte Personen gerichtet, 6 mal Selbstvernichtungsimpulse als Zwangsantriebe vor.

Die Hälfte der Jugendlichen zeigt in ihren Zwängen ganz beherrschend sexuelle Motive, die meist mit starker Angst und Ekelgefühl und besonders komplizierten Abwehrmechanismen quitiert werden.

So machen gewisse Faktoren der Pubertät, wie charakterliche Plastizität und Überempfindlichkeit der Gefühle eine Anfälligkeit für die Ausbildung von Zwangssymptomen er-

klärbar, während die verschiedenen Konfliktstoffe der Pubertät sich in den Inhalten der Zwänge häufig wiedererkennen lassen.

Der Schwachsinn fällt insofern zunächst aus dem Rahmen unserer Untersuchung, als er nicht von vornherein eine Fehlhaltung beinhaltet, sondern einen angeborenen oder früh erworbenen Intelligenzrückstand gegenüber durchschnittlich begabten Menschen derselben sozialen Schicht oder Altersstufe darstellt. Für unsere Untersuchung interessant ist nur der leichteste Grad, die Debilität, und der Grenzwert zwischen Schwachsinn und Durchschnittsbegabung, die sog. Beschränktheit oder Minderbegabung.

In der Pubertät, in der sich normalerweise der Mensch zum erstenmal als Persönlichkeit erlebt und dartut, wird die Anlage zu Schwachsinn deutlich erkennbar - und eben nicht nur in einem Mangel an Intelligenz, sondern in einer allgemeinen seelischen Entwicklungsunfähigkeit, in einem Mangel an Schwingungsfähigkeit, an Offensein und Erlebnisfähigkeit.

So manifestiert sich der Schwachsinn auch bei unseren Patienten im charakterlichen und sozialen Verhalten. Margot M. zeigt dies besonders deutlich. Sie wurde in erster Linie auffällig durch ihre "Verführbarkeit", durch ihre Kontaktlosigkeit und gemütloses und abnormes Gebaren. Ihren doch sehr deutlichen Intelligenzrückstand wertete man zunächst so wenig, daß man sie in die Berufsschule schicken wollte! Auch bei den weiteren 10 Schwachsinnigen unserer Untersuchung zeigen sich asoziale Züge auffallend gehäuft, die Hälfte war arbeitsunwillig und "zu nichts zu gebrauchen", alle 4 Mädchen waren sexuell verwahrlost. Dabei ist bemerkenswert, daß es sich bei ihren Delikten nur um Kleinigkeiten handelt, während sie zu größeren Betrügereien, zu allem, was eine gewisse Planung erfordert, offensichtlich nicht fähig sind.

Es findet sich entweder allgemeine Unregsamkeit und Stumpfheit (torpide Form), was sich in der ausgesprochenen Antriebsarmut von vieren unserer Patienten kundtut. Oder aber - und das ist in unserer Untersuchung häufiger -

eine dranghafte Unruhe (erethische Form), die sich bei unseren Jugendlichen in Streunen, Verwahrlosung, fehlender Einordnung äußert. Sie sind haltlos und erregbar.

Bemerkenswert ist noch, daß 6 der 11 Minderbegabten auch in ihrem ganzen Habitus einen infantilen Eindruck machen, so daß sich prozentual der größte Anteil der körperlich Retardierten bei ihnen findet.

Es handelt sich bei der Enuresis wiederum nicht um eine fest umrissene Krankheit, sondern um ein Symptom, das aus allen möglichen Anlässen heraus entstehen kann.

(Organiker mit Inkontinenz sind im Rahmen unserer Untersuchung nicht berücksichtigt.)

Wie CHRISTOFFEL betont und wie sich auch schon bei der kleinen Zahl unserer Patienten zeigt, läßt sich nicht ein bestimmter Typ aufstellen, der zur Enuresis neigen würde. Höchstens ist eine besondere psychische Überempfindlichkeit bei ihnen ausgeprägt, evtl. verbunden mit einer gewissen angeborenen oder erworbenen Schwäche im vegetativen Nervensystem.

Nach WIESENHÜTTER ist die Enuresis immer als Regression in das Feuchtwarme, Geborgene des Mutterschoßes aufzufassen. Aus unseren Krankengeschichten zeigt sich, daß ein kaltes, abstoßendes Milieu dafür ebenso angeschuldigt werden kann wie Überwärmung. In letzterem Fall unterhielt die Einstellung der Mitmenschen die frühkindliche Atmosphäre, ohne sie den Erfordernissen der Entwicklung anzupassen.

Wie sehr es sich um ein Symptom handelt, zeigt sich in unseren Anamnesen in dem Bildhaften des "Abfließenlassens" (KOLLE) von seelischen Qualen besonders deutlich - als Eifersuchts- und Heimwehreaktion, als Protest gegen ungerechte Behandlung, gegen einen Milieuwechsel. Auch als "einfaches" Zeichen einer äußeren oder inneren Verwahrlosung kann es Ausdruck sein - kommen doch 3 unserer 10 Patienten aus verwahrlosten Verhältnissen.

Ebenso wird deutlich, wie bei der engen Beziehung zwischen Geschlechtswerkzeugen und harnableitenden Wegen gerade in der Pubertät die Enuresis auch als Vorläufer und

Stellvertreter geschlechtlicher Vorgänge zu beachten ist. Dies wird bei einer Patientin, bei der das Einnässen nur regelmäßig vor der Menses erfolgt, besonders sinnfällig.

Haben wir nur 21 unserer Patienten, d. s. 10 %, in der Gruppe "Stehlen und Lügen", aufgeführt, so muß noch einmal betont werden, daß es sich hier um besonders krasse Fälle handelt, nicht etwa um "ein bißchen Schwindeln", wie es besonders in der Kindheit fast regelmäßig auftritt.

Was diese pseudologistische Fehlhaltung unserer jugendlichen Patienten gegenüber den meisten anderen in unserer Arbeit zu untersuchenden Symptomen unterscheidet, ist dies, daß es sich dabei um ein Vergehen handelt, dem in der Gesellschaft klare Verbote entgegenstehen. So exponiert sich der Jugendliche selbst und setzt sich der Möglichkeit einer Bestrafung aus.

Wie ist die psychische Situation, die dazu führte? Kann man von einer Fehlhaltung sprechen oder ist es nur ein durch einen überstarken Anreiz plötzliches "Sichvergessen", das eigentlich persönlichkeitsfremd wäre? Die Anamnese unserer Jugendlichen gibt eine doch recht deutliche Antwort, indem sie aufzeigt, wie stark eine Verknüpfung mit allgemein asozialen Tendenzen besteht. 2/3 sind in kein geregeltes Leben einzufügen, 1/3 Streuner, 1/4 sexuell verwahrlost. Dabei ist bemerkenswert, daß sich die Zahl derer, die aus verwahrlosten (9!) und aus geordneten (7!) Verhältnissen kommen, annähernd die Waage hält.

Es ist kein Zweifel, daß schädigende Milieueinflüsse, durch die schon die Kinder stark vernachlässigt wurden und ohne erzieherisches Vorbild blieben, eine wesentliche Rolle spielen, vor allem in dem Sinne, daß dem trieb- und dranghaften Sichausleben keine moralischen Wertmaßstäbe entgegengehalten wurden. Dem ständigen Reiz, der in unserer Gesellschaft besonders für junge Menschen gesetzt wird, stehen keine dominierenden Hemmungen entgegen. Nicht zu übersehen ist dabei der Realitätssinn, den die Jugendlichen bei ihren Diebstählen vorwiegend zeigen. Wird doch am weitaus häufigsten Geld gestohlen, das meist für primitive Vergnügungen verwendet wird. (Häufige Motivangabe: Man

will sich genau soviel leisten können wie besser gestellte Kameraden.)

Doch mit "mangelnder Moral" und mangelnder Einordnung in die Gesetze der Gemeinschaft allein ist dem Symptom in vielen Fällen nicht Genüge getan.

Nicht selten ist es ein Defizit, das es (nach ADLER) auszugleichen, durch Aneignung zu kompensieren gilt. Dies scheint auch bei einem Teil unserer Jugendlichen - oft isoliert, oft aber komplex verbunden mit der oben angeführten Verwahrlosung - eine durchaus bestimmende Rolle zu spielen. Sei es als Gefühl einer mangelnden elterlichen Liebe (Hermann S.), vermeintliche Häßlichkeit, als ein allgemeines Inferioritätsgefühl, als ein Erlebnis von Niederlagen und Gespött - und der Jugendliche versucht, in fehlerhafter Aktivität darauf zu reagieren, an materiellen Gütern sich für die versagten ideellen schadlos zu halten. Dabei mag durchaus das Wissen um das Verbotene der Handlung bestehen, bildet sich doch gerade aus der Nichterfüllung von Verböten die eigentliche Lustkomponente im Kitzel von Gefahr und Spannung.

Eigentlich symbolische Diebstähle, wie sie besonders von ZULLIGER aufgeführt werden, konnten in der Reihe unserer Patienten nicht gefunden werden, ebenso keine Kleptomanie.

Ein allgemeiner Entwicklungsrückstand wurde hier relativ seltener als bei den anderen Störungen festgestellt. Dies besagt allerdings nicht, daß nicht ein gewisses Hängenbleiben an frühkindlichen Einstellungen fast stets mit hineinspielen würde. Dem naiven Begehren und Habenwollen des Kindes werden noch nicht die dem Erwachsenen gemäßen Wertmaßstäbe und Hemmungen gegenüber gesetzt. Man fühlt die eigene Ohnmacht und möchte mehr haben, mehr sein - die ganz natürliche und allgemeine Situation des Pubertierenden. Der Übergang aus Träumen und Sehnen in reales Handeln wird oft halb schlafwandelnd vollzogen ("ich weiß nicht mehr, was mit mir geschieht"). Aber die Entgleisung kommt nicht aus dem Träumen als Träumen (WIESENHÜTTER), sondern aus ihrem Inhalt und ihrer Begehrensrichtung. In dem Kern dieser Begierden steckt schon ein ausgeprägter

Realitätssinn: Ein Habenwollen, Genießenwollen, Freiseinwollen, Herrschenwollen.

All diese angeführten Fakten - Verwahrlosung und mangelnde Moral, das Gefühl um ein Defizit, eine gewisse Reifungshemmung - verflechten sich zu einem komplexen Bild, wobei bald das eine, bald das andere stärker hervortritt. Wie bei allen anderen Gruppen, so gilt besonders auch hier, daß eine gewisse psychopathische Ausgangspersönlichkeit in der Pubertät oft erstmals deutlich wird.

In der Neigung zu asozialem Verhalten trifft sich die sexuelle Verwahrlosung mit dem Stehlen und Lügen.

Wenn WIESENHÜTTER betont, daß von den Entwicklungsjahren an die Sexualität geradezu der Repräsentant und das Sammelbecken für Triebhaftigkeit überhaupt wird, so zeigt sich dies deutlich bei unseren 16 Patienten, von denen allein die Hälfte streunen und in kein geregeltes Leben einzufügen sind.

Auch ihre besondere Neigung zu Erregbarkeit und Aggressionen ist bezeichnend.

Hoch ist auch ihr Anteil an den Minderbegabten bis Debilen (7 !), weitere zwei sind ihrem ganzen Wesen nach infantil.

Zweifellos spielt hier ein erstmaliges, vielleicht sogar mehr passives Hineingleiten (13 Mädchen!) eine besondere Rolle. Die Sexualität wird als reines Lustprinzip erlebt, in naiver Ichbezogenheit und in Unfähigkeit zu einer wirklichen Partnerschaft. Wohl mag sich die undifferenzierte Sehnsucht nach Hingabe und einem Du damit verbinden, in völliger Verwirrung der ganzen aufbrechenden Triebhaftigkeit aber wird keine harmonische Entwicklung erlebt, werden die Grenzen des "rettenden Ekels" (SPRANGER) übersprungen. Auch ein schnoddriges Auftrumpfen gegen die Regeln der nur als Verbote erlebten Sittlichkeit spielt oftmals mit herein - ein vermeintliches wenigstens hier Erwachsenseinkönnen, ein "da seht, mit mir kann ich machen, was ich will". Nicht selten paart sich damit die naivste Unwissenheit.

Wie verstrickt sich die jungen Menschen in ihrer Lage oft

selbst empfinden, zeigt die enorm hohe Zahl der S.V. mit fast 50 % der sexuell Verwahrlosten. Vielleicht aber wird gerade darin ein Umschlagen in den Todestrieb besonders sinnfällig.

6 unserer Jugendlichen sind durch homosexuelles Verhalten auffällig. Es ist zu betonen, daß dies eine andere Beurteilung zu erfahren hat, als die Homosexualität der Erwachsenen. Gerade hier finden sich für die Entwicklungsjahre typische Schwierigkeiten.

Als solche zeigten sich bei unseren Patienten besonders: Erstens ein zu negativ erlebtes Mutterbild, das den Weg wies zu einer Verneinung und Ablehnung alles Weiblichen. Der Junge glaubt schließlich, eine gefühlsmäßige Resonanz und ein ihm gemäßes Leben nur "unter Männern" finden zu können. Die Frau wird auf ganzer Linie abgelehnt, auch im aufkeimenden erotischen und sexuellen Empfinden, wobei Befriedigung und Bestätigung auf diesem wie auf jedem Gebiet nur bei den männlichen Kameraden erwartet und gesucht wird. Herbert (Beispiel 15) zeigt dies deutlich.

Dazu kommen zweitens Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf die eigene Männlichkeit. So finden wir die sehr bezeichnende Erscheinung, daß das affektiv stark besetzte Interesse solcher Jungen sich auf jene Geschlechtsgenossen richtet, in denen sie ihr eigenes, nicht erfülltes männliches Ideal verwirklicht glauben. Sie suchen sich oft besonders männliche, draufgängerische Jungen mit besonderen Chancen bei Mädchen. Gleichgültig, ob in der sexualisierten Freundschaft eine gewisse Identifizierung mit dem Vorbild vollzogen wird, oder ob sie darin nur eine beglückende Intimität und enge mitmenschliche Bindung in ihrem meist kontaktgestörten und mit Insuffizienzgefühlen beladenen Dasein erleben - bezeichnend ist die ganz stark gefühlsbetonte Zuwendung zu dem Freund. Dabei ist es für den Pubertierenden typisch, daß die Grenzen zwischen Schwärmerei, Erotik und Sexualität noch durchaus unscharf sind und daher unter bestimmten Voraussetzungen leicht überschritten werden.

Außerdem ist es drittens die ganze Neugier dem Sexuellen gegenüber, aus der wohl auch die Verführungsmöglichkeit

kommt, durch die sich ältere Perverse den in seinen Triebinstinkten noch unsicheren Jugendlichen so leicht gefügig machen. Der Pubertierende, für den Erwachsenen sonst meist nur Erziehungsobjekt, fühlt sich hier plötzlich für voll- und gleichwertig, ja für wichtig genommen. Dies kommt seinem Sehnen stark entgegen. So entwickelt sich denn auch die Gefahr, daß der einmal eingeschlagene Weg beibehalten wird, daß der Jugendliche in der Homosexualität stecken bleibt und die ersten so gesammelten sexuellen Erlebnisse für das eigentliche Sexualziel entscheidend werden.

Erwägt man, daß von unseren 8 sexuell Gestörten 4 schwer reaktiv depressiv sind, 3 einen S.V. verübten, so wird deutlich, in welche schweren Konflikte die Jugendlichen durch ihre Haltung allmählich hineinrutschen.

Schlusbetrachtung

Am Ende unserer Untersuchung zeigt sich, daß die Ursachen, die bei unseren Jugendlichen zu Entwicklungsstörungen führten, sehr mannigfacher Natur sind und wie kompliziert dazu die Verschränkungen zwischen Ursachen und Wirkung liegen. Es ist unmöglich, einen einheitlichen Faktor aufzustellen, der als auslösendes agens anzusprechen wäre.

Der starke Einfluß der Umwelt, die familiären Verhältnisse, in der Kindheit erlebte Traumen werden in der Lebensgeschichte unserer Patienten immer wieder als schwerwiegende Momente deutlich, ebenso aber sind eine familiäre Belastung mit psychisch Abnormen, sowie psychische Abartigkeiten schon in der frühen Kindheit gehäuft feststellbar.

Es bleibt nun die Frage, welche Bedeutung der Pubertät selbst für die Fehlentwicklung unserer Patienten zukommt. Kann sie ursächlich für die Krisenbildung und abnormen Reaktionen verantwortlich gemacht werden?

In der Literatur findet sich keine Übereinstimmung der Angaben.

Die KRETSCHMER'SCHE Schule stellt das Problem der biologischen Reifung in den Mittelpunkt der Entstehung von Pubertätskrisen und Neurosen. KRETSCHMER definiert Pubertätskrisen geradezu als "Reifungsschwierigkeiten der Persönlichkeit" mit starken soziologischen Ausstrahlungen. Reifungsschwierigkeiten versteht man dort aber hauptsächlich im Sinne einer Asynchronie der Entwicklung, wobei die ausgereiften und retardierten Teile der Persönlichkeit in Reibung und Gegenspannung geraten. So führen feinere Störungen der körperlichen Reifungsgrundlagen zu einer Störung des feinen Ineinandergreifens der seelischen Abläufe, was sofort in seelischen Schwierigkeiten und dadurch wieder in sozialen Kontaktstörungen zum Ausdruck kommt. Diese Störungen in der Synchronie der Entwicklung werden nach dieser Auffassung natürlich in den Zeiten stürmischer Entwicklung und hormoneller Umstellungen besonders auftreten. Denn wo neue körperliche Möglichkeiten, neue zur Entfaltung drängende Kräfte aufgeschlossen werden, werden auch beharren-

de und hemmende Kräfte umso leichter wirksam werden können. Daraus aber kommen dann nach KRETSCHMER die starken inneren Verspannungen und Triebstauungen, die in der Dynamik der Pubertäts- und Nachpubertätsstörungen, in den Pubertätskrisen und auch Neurosen eine so große Rolle spielen.

Demgegenüber kam SCHWIDDER bei der Untersuchung einer großen Zahl von Patienten (300 stationäre, 600 poliklinische Fälle) jeder Altersstufe zu der überraschenden Feststellung, daß neurotische Symptome und Fehlentwicklungen an den großen biologischen Krisenpunkten der Entwicklung (zu denen fraglos auch die Pubertät zu zählen ist) zwar auftreten, aber ohne besondere Zunahme und Häufung. SCHWIDDER leitet aus seiner Untersuchung ab, daß das rein leibliche Geschehen, selbst die großen biologischen Umstellungsprozesse des Organismus, keinen entscheidenden Einfluß auf die Entstehung neurotischer Symptome haben. Selbst die in der Regel an den biologischen Wendepunkten zu beobachtenden psychischen Begleitsymptome sind nicht direkt aus den körperlichen Vorgängen abzuleiten, sondern haben vielschichtige und verschiedenartige Entstehungsbedingungen. SCHWIDDER betont, daß wir noch viel zu wenig wissen, wie die wirklichen psychischen Korrelate der körperlichen Entwicklungsvorgänge beschaffen sind und daß wir vorsichtig sein und erst genau prüfen sollten, ehe wir eine körperliche Entwicklungsbeschleunigung oder -verzögerung für psychische Störungen verantwortlich machen. Er weist besonders darauf hin, daß es gilt, die aus der persönlichen Entwicklungsgeschichte und den soziologischen Gegebenheiten stammenden Bedingungen zu erfassen, um rechtzeitig darauf aufmerksam zu werden, wenn sogenannte Entwicklungskrisen in eine ausgesprochene Fehlentwicklung übergehen.

In der Untersuchung von SCHWIDDER zeigt sich, daß die für den Beginn der neurotischen Symptome im Kindes- und Jugendalter entscheidenden Krisenpunkte in den ersten neun Lebensjahren liegen. Für die im späteren Lebensalter auftretenden neurotischen Symptome fand er, daß stets eine

auslösende Konfliktsituation zu eruieren war, die ihre Valenz aber nur aus der neurotischen Struktur erhielt, für deren Entstehen wiederum ungünstige Umweltbedingungen in den ersten Lebensjahren festzustellen waren.

Zusammenfassend führt SCHWIDDER aus, daß leichtere neurotische Symptome an den großen Krisenpunkten der Entwicklung die Regel sind, massivere Symptome aber nur unter bestimmten psychologischen, charakterstrukturellen und soziologischen Bedingungen vorkommen und sich nicht gehäuft finden.

Aus unserer Untersuchung ist dazu zu sagen, daß die weit- aus größere Zahl unserer Patienten Symptome bietet, die als Entwicklungskrise, evtl. auch als eine sich anbahnende Fehlentwicklung anzusehen sind, bei denen man aber noch nicht von einer ausgesprochen schweren neurotischen Fehlhaltung sprechen kann. Teilretardierungen kommen vor, aber ohne besondere Häufigkeit. Störungen der kindlichen Entwicklung und ungünstige Umweltbedingungen finden sich, wie ausgeführt, in je 60 bzw. 50 % der Fälle. Eine auslösende Konfliktsituation war in der großen Mehrzahl der Fälle zu eruieren. Diese Konfliktsituation aber ergab sich oder erhielt ihre besondere Bedeutung zu allermeist aus den Problemen der Pubertät. Hier scheint die eigentliche Verankerung zu liegen, die die Pubertät zur Wetterwinkelsituation macht. Es sei auf die eingangs gegebenen Ausführungen der normalen Pubertät als eines "locus minoris resistentiae" verwiesen. Es findet sich bei unseren Patienten, daß auch normale Schwierigkeiten der Pubertät für sie eine übergroße Belastung darstellen. Sie reagieren mit abnormen Reaktionen, Fehlhaltungen und Fehlentwicklungen. Der allgemein erhöhten Labilität dieser Jahre wurde nicht standgehalten. Auf die ursächlichen Momente dafür wurde in dieser Arbeit von den verschiedensten Gesichtspunkten aus eingegangen.

Ob die neurotischen Reaktionen und Fehlentwicklungen zu einer neurotischen Fehlhaltung im späteren Leben führen, ist während der Pubertät nicht zu entscheiden. Eine Klärung kann nur eine nach Abschluß der Entwicklung erhobene

Katamnese erbringen.

Z u s a m m e n f a s s u n g

In der Zeit vom 1. 1. 51 bis 31. 12. 57 wurden 31386 Patienten in der Nervenklinik der Universität München stationär behandelt.

Unter diesen fanden sich 209 Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren mit psychoreaktiven Störungen.

Ergebnisse:

1. Es handelte sich um 97 Jungen und 112 Mädchen.
Bei den Jungen ist ein früherer Beginn festzustellen, der seinen ersten Gipfel bei den 13jährigen erreicht. Bei den 15- und 16jährigen führen die Mädchen, während bei den 17jährigen beide Geschlechter etwa gleichstark vertreten sind. Unter den 18jährigen sind 30 % Mädchen und 22 % Jungen.
2. In der frühkindlichen Entwicklung zeigten 126 Patienten - das sind ca. 60 % - bereits Verhaltensstörungen, die sich in neurotischen Symptomen, davon besonders in den verschiedensten Störungen der sozialen Anpassung äußern.
3. 66 mal konnten somatische Störungen als akzidentelle Befunde erhoben werden.
4. In der geistigen Entwicklung hielten die überdurchschnittlich Begabten mit 23 den Minderbegabten mit 25 Fällen annähernd die Waage. Außerdem fanden sich noch 6 Fälle von Deбилität.
5. Zum Problem Anlage - Umwelt ergaben sich folgende Feststellungen:
 - a) 101 mal fanden sich neurotische Störungen oder Geisteskrankheiten in der Familie. Davon waren 22 mal mehrere Familienmitglieder psychisch auffällig.
 - b) In 117 Fällen fanden sich ausgeprägte Milieuschäden.
 - c) 108 Jugendliche kamen aus zerrissenen Familien, 50

davon waren längere Zeit in Heimen oder bei Pflegeeltern untergebracht. 28 waren Fürsorgezöglinge.

6. Bei der Auswertung aller Symptome ergab sich:

- a) Psychogene Körperstörungen kamen mit 71 Fällen am häufigsten vor. Alters- und geschlechtsmäßige Verteilung waren dabei weitgehend uncharakteristisch. 16 psychogene Anfälle zeigten dagegen ein deutliches Überwiegen der Mädchen mit 13 Fällen.
- b) Zahlenmäßig an zweiter Stelle standen die Suicidversuche mit 63 Fällen. Ausgeprägt ist der Hauptanteil der Mädchen mit 45 bei nur 18 Jungen. Auffallend ist der besonders starke Anteil der 16- und 18jährigen Mädchen, während in den jüngeren Altersgruppen die geschlechtsmäßige Verteilung unspezifisch ist.
- c) Bei 50 Forttläufern sind Mädchen und Jungen gleichstark vertreten. Jedoch zeigt sich der Anteil der Mädchen unabhängig vom Alter, während bei den 16- und 17jährigen Jungen ein deutlicher Gipfel zu finden ist.
- d) Bei den 21 Kriminellen überwiegt der Anteil der älteren Jungen weitaus, während
- e) unter 16 sexuell Verwahrlosten 13 Mädchen und nur 3 Jungen erfaßt wurden. Bei den 8 Perversen finden sich 7 Jungen und nur ein Mädchen.
- f) Bei 19 Patienten mit Zwangssymptomen ist ein relativ früher Beginn auffallend, während die geschlechtsmäßige Verteilung wie bei den 11 Schwachsinnigen und 10 Enuretikern weitgehend uncharakteristisch ist.

Die Bedeutung der Pubertät selbst und ihr Verhältnis zu den ursächlichen Momenten der Krisenbildung bei den jugendlichen Patienten wurde anhand der Ergebnisse der Untersuchung und unter Beiziehung einschlägiger Literatur diskutiert.

L i t e r a t u r

- ADLER A. Der nervöse Charakter
Wiesbaden: J. F. Bergmann, 1919 - 2. Aufl.
- AICHHORN A. Verwahrloste Jugend
Bern: Huber, 1951 - 3. Aufl.
- BAMBERGER PH. Anfälle im Kindesalter
u. MATTHES A. Basel - New York: S. Karger, 1959
- BIEDL A. Innere Sekretion
Berlin - Wien, 1922
- BINSWANGER H. Psychiatr. Aspekte zur Anorexie mentale
Zeitschrift f. Kinderpsychiatrie 19,
141-145, 173-180, (1952)
- BLUM K. Hysterie
Handbuch der Psychiatrie, Leipzig - Wien:
Deuticke, 1927
- BÜHLER CH. Das Seelenleben des Jugendlichen
Jena: G. Fischer, 1927 - 4. Aufl.
- CHRISTOFFEL H. Trieb und Kultur
Basel: B. Schwabe, 1944
- CIMBAL W. Die Neurosen des Kindes- und Jugendalters
Berlin - Wien: Urban und Schwarzenberg,
1935 - 2. Aufl.
- DÜHRSSSEN A. Psychogene Erkrankungen bei Kindern und
Jugendlichen
Göttingen: Verlag für Mediz. Psychologie,
1954
- FREUD S. Vorlesungen zur Einführung in die Psycho-
analyse aus: Gesammelte Schriften, Bd. 7
Leipzig - Wien - Zürich: Internat. psycho-
analyt. Verlag, 1924

- FRIEDEMANN A. Neurosen des Jugendalters
Handbuch der Neurosenlehre u. Psycho-
therapie, 2, S. 343-383
München - Berlin: Urban u. Schwarzenberg,
1959
- HOMBURGER A. Psychopathologie des Kindesalters
Berlin: Springer, 1926
- JASPERS K. Allgemeine Psychopathologie
Berlin - Heidelberg: Springer 1959 -
7. Aufl.
- KOLLE K. Psychiatrie
Stuttgart: Thieme, 1961 - 5. Aufl.
- KRETSCHMER W. Die Neurose als Reifungsproblem
Stuttgart: Thieme, 1952
- MORGENTHAUER W. Letzte Aufzeichnungen von Selbstmördern
Bern: H. Huber, 1945
- NEURATH W. Die Pubertät. Physiologie und Pathologie
Wien: 1932
- PARNITZKE H. Beiträge zur genetischen Problematik
psychischer Zwangsphänomene im Kindes-
und Jugendalter
Halle/Saale: C. Marhold, 1952
- REMPLEIN H. Die seelische Entwicklung in der Kindheit
und Reifezeit
München: E. Reinhardt, 1950 - 2. Aufl.
- SCHMIDT G. Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen
Nervenarzt 11, 353-358 (1938)
- SCHNEIDER K. Die psychopathische Persönlichkeit
Leipzig - Wien: F. Deuticke, 1943 -
6. Auflage

- SCHWIDDER W. Zur poliklinischen Behandlung psychogener
Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters
Praxis d. Kinderpsychologie 2, 33 (1952)
- SPRANGER E. Psychologie des Jugendalters
Leipzig: Quelle u. Meyer, 1927 - 8. Aufl.
- STERN W! Psychologie der frühen Kindheit
Heidelberg: Quelle u. Meyer, 1952 - 7. Aufl.
- VILLINGER W. Moderne Probleme der Jugendpsychiatrie
Nervenarzt 6, 201-209 (1952)
- WEIZSÄCKER V.v. Körpergeschehen und Neurose
Stuttgart: K. F. Köhler, 1947
- WIESENHÜTTER E. Entwicklung, Reifung und Neurosen
Beiträge zur allgem. Medizin / Schriften-
reihe
begründet von v. Weizsäcker, Heft 13, 1958
Stuttgart: F. Enke, 1958
- ZULLIGER H. Über symbol. Diebstähle von Kindern und
Jugendlichen
Biel: Institut f. Psychohygiene, Heft 1,
1953
- ZUTT J. Pubertätsmagersucht
Klin. Wochenschrift, 24, 21-24, (1946)

Abschließend möchte ich Herrn Professor
Dr. Joachim-Ernst MEYER für die Stellung
des Themas, die wertvollen Anregungen und
für die stets freundliche Unterstützung
bei der Bearbeitung des Stoffes meinen
besonderen Dank aussprechen.

LEBENS LAUF

Am 29. September 1933 als Tochter des Bezirksdirektors Julius Ornowsky und seiner Ehefrau Franziska, geb. Forstner, in Nürnberg geboren. 1939 bis 1944 Volksschule, 1945 bis 1951 Besuch der Oberrealschule des Instituts der Englischen Fräulein, 1953 Abitur an der Städtischen Oberrealschule in Nürnberg. Wintersemester 1953 und Sommersemester 1954 Beginn des Medizinstudiums an der Universität Erlangen. Anschließend für fünf Semester an der Universität Innsbruck. 1956 dort ärztliche Vorprüfung. Dazwischen vier Semester Psychologie als Zweitstudium. Klinische Semester: Innsbruck 1, Berlin 1 (FU), München 4. 1959 Meldung zum Medizinischen Staatsexamen. Abschluß der ärztlichen Prüfung am 21. Dezember 1959.

Beginn der Medizinalassistentenzeit 1960 an der Dermatologischen Universitätsklinik München bei Professor Marchionini. Derzeit im Kreiskrankenhaus Haag/Obb. als Medizinalassistentin in Chirurgie und Geburtshilfe tätig.

